



วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560 VOL.10 NO.3 September - December 2017

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ตัวแบบทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก จากข้อมูลผู้ป่วยรายเดือน และปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ จิรพร ไพศาล , จิราพร เขียวอยู่	1
การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดมุกดาหาร รัชชัย ใจคง	9
การพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร สิทธิมาศ วงศ์สุเกียรติ	19
ผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อคุณ์ วรรณชาติ	26
ปริมาณและชนิดของเชื้อราในอากาศห้องทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน ณพศ แดงเมือง,พรพรรณ สกุลฤ	33
ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จิรประภา ประคำ	39
การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับเด็กวัยเรียน ศรีประไพ อินทร์ชัยเท , นฤพร พงษ์คุณากร , วีระชัย เชื้อนแก้ว , ศิริวรรณ ไบตระกูล	49
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาญ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทิพวรรณ กองกาย	57
ถอดบทเรียนระบบการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ , วราภรณ์ ยังเอี่ยม , วชิร ศรีทอง , ศิวไลซ์ นวรัตน์จิตร	68
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ปราณีดี กุลกระจำ , ธนิตา ผาติแสนะ	79
เกณฑ์ปกติสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง จันทร์จิร เกตุมาโร,รัตนดา เสงส์สวัสดิ์,ชนะวงค์ หงษ์สุวรรณ , เกษม ชูรัตน์	88
ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก ณิชากร แก่นเผือก , อริ ชีวเกษมสุข	97
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ในโรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ นพพล คำภูมิ	108
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ :กรณีศึกษา ทีปกร เลิศล้ำ	115
ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านใน ตำบลบ้านนาง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา พงศ์ศิลป์ วิลาชัย , สุทธิพร มูลศาสตร์, เขมฐา แก้วพรม	126
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มยุรี ประชน , ธนิตา ผาติแสนะ	134

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของสตรี	141
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา	
จักรกฤษณ์ มงคลสวัสดิ์ , ทองทิพย์ สดะวงษ์ลักษณ์	
การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนอง	151
พลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	
วัชร เกษทองมา , ธนิตา ผาติเสนาะ	
แนวทางการใช้ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	159
รสสุคนธ์ แก้วป้อมปก, วิชุดา กิจธรรม , ทวี เชื้อสุวรรณทวี	
กระบวนการพัฒนาศูนย์โรคติดต่อ โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร	171
สิทธิมาศ วงศ์สุรเกียรติ	
ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย	183
อัญญาพร พงศ์ผาสุก, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท	
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของงานห้องคลอด	189
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	
วราวุธ บุญสอน , นิธิกุล รุจิระประเสริฐ	
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง	198
นริสา วงศ์พนารักษ์, จุฑามาศ คชโคตร , กัญจน์นิชา เขียวไธสง	
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุข	205
ประภาพรพรณ โคมหอม , ประภัศร ปรีเอี่ยม , วิมลมาศ ปฐมวนิชกุล	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	214
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน	
กวดล ไสภารุ่งเรือง , ยุพา อารวพิทักษ์	
รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ	221
จรรยา สุวารักษ์	
ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลต้นแบบในจังหวัดสกลนคร	228
พิรพงศ์ ทองอั้ง , วุฒิพงศ์ ภักดีกุล	
ปัจจัยทำนายการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการคุมกำเนิด	235
เด่นละออง นาเสรัมย์, นิตยา สีนสุกใส, จรรยา เจริญสุข, กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์	
ความรู้ และพฤติกรรมของพนักงานในการจัดการขยะติดเชื้อ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	244
ปราณีต สุดเจริญ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจ	251
ขาดเลือดเฉียบพลัน	
สุพัตรา มะโรงมีด, สุพัตรา บัวทิ, อภิญา วังศรีพิริยโยธา	
องค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย	261
อนงค์ลักษณ์ ฤทธิวุฒิ, อัจฉรา ภาณุรัตน์ , อุษา กลมพันธ์	
ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลเขาวง พ.ศ.2559	270
มีฤทธิ์ ศรีประโหม	
รูปแบบการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ป่าชุมชนหนองลำแฮด ตำบลกระเจา	278
อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร	
เสาวนีย์ แสนคาร, จินดาวัลย์ วัฒนชัยอุทัย, ปริญญ์ ผกานนท์	
การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบลดอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม	287
สุกฤษฎ์ มงคลกิจโรจน์	
เวทนาอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในประเทศไทย	293
วรรณศรี สาแสน , อัจฉรา ภาณุรัตน์ , อุษา กลมพันธ์	

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบแผนการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพ ในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย	302
วิศิษฐ์กร คล้ายเกตุ , เรณูมาศ มาอุ่น	
องค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่ส่งผลต่อการดำเนินงานให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน	309
พิไลลักษณ์ พิพิธกุล , สุภาพร ใจการุณ , เผ่าไทย วงศ์เหลา	
ทัศนคติที่มีต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายบุหรี่ใน	321
เขตบริการสุขภาพที่ 2	
จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน , อรวรรณ กิรติโรจน์, อาทิตยา วัจนสินธ์	
การพัฒนาแบบแผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำป้อ	331
อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร	
นิตยา เดิมแก้ว สุทธิพร มูลศาสตร์ , วรณรัตน์ ลาวัจ	
แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	340
จุฑาทิพย์ คนตรง	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามเฝ้าพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียด	347
ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม	
กรรเจียก หาญวงศ์ , ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์จัมพร เกษ โกมล	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์ที่มี	360
ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช	
วัลลภา คิชสระ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	
การพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	369
ศราวุธ แก้วโอภาส	
บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	375
สุลธิพร หิตอักษร, รุ่งนภา จันทรา, อัญชลี แก้วสระศรี, รัตนา นิลเลื่อม	
การเข้าถึงสิทธิ ข้อมูล และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ	381
อรุณี ลีมมณี , คุญฎิ โยเหลา , นริศรา พิงโพธิ์สภ	
การช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล	390
วิริยา กันบัวลา . ฌชนก เอียดสุข	
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	397
นงนุช ภูทะวัง	
ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราช	407
ภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี	
ประภาพร ชูลีลัง	
การศึกษาระยะเวลารอคอยรับบริการทันตกรรมของผู้รับบริการโรงพยาบาลเสลภูมิ	419
ทัดจันทร์ มะเสนะ , ปิยนาด แก้วบัวพันธ์	
การศึกษาความรู้และพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้พิการในเขตตำบลกลางและตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	423
ปิยนาด แก้วบัวพันธ์	
คุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี	427
วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, อติญณ์ ศรีเกษตริน, จิราพร อุดมกิจพัฒน์, จริญญา แก้วสกุลทอง, วัณชัย สุขวนวัฒน์	
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็นหยดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ	436
เนตรนภิส จินดากร , ฉลวย เหลือบรรจง , กันฐพร พงษ์แพทย์ , ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ	
ความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม	441
ชาติ ไทยเจริญ, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, ศุภกฤต สุริโย, วีระชัย อิ่มน้ำขาว, ขนิษฐา ธนสมบัติ	
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมป้องกันโรคมลารียตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา บ้านทัพเทียม	
อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว	453
จุฑามาศ เบ้าคำทอง , นุชนาด ไกรราม	
การพัฒนาแบบแผนชุมชนร้อยเอ็ดปลอดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	464
อาภรณ์ ประชุมวรรณ , สุภาพร ยมพงษ์	

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขและสาขาที่เกี่ยวข้อง จัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม - เมษายน , พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะ 5 ปี (ปี 2556 – 2560) คือ ชาวกาฬสินธุ์สุขภาพดีแบบพอเพียงในปี พ.ศ.2560 และได้ประกาศวาระสุขภาพ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ คือจะต้องลดการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นปัญหาของจังหวัดได้และสังคมกาฬสินธุ์มีวัฒนธรรม วิถีชีวิตสุขภาพที่มีความพอเพียงเป็นองค์รวม ซึ่งการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่ระดับหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดยุทธศาสตร์ รองรับโดยกำหนดวิสัยทัศน์ของหน่วยงานคือ “เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่เป็นเลิศในการสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและพอเพียง”โดยใช้องค์ความรู้เป็นฐานของการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด จึงจำเป็นต้องเผยแพร่องค์ความรู้ทั้งที่เป็นรายงานการวิจัย บทความและนวัตกรรมที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศ เพื่อเกิดองค์ความรู้ นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 30 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ ตัวแบบทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก จากข้อมูลผู้ป่วยรายเดือน และปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ, การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดมุกดาหาร, การพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไควยเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร, ผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี, ปริมาณและชนิดของเชื้อราในอากาศห้องทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน, ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลคอนจาน, การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับเด็กวัยเรียน, ตัวแบบทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก จากข้อมูลผู้ป่วยรายเดือน และปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ, การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดมุกดาหาร, การพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไควยเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร, ผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี, ปริมาณและชนิดของเชื้อราในอากาศห้องทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน, ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลคอนจาน, การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับเด็กวัยเรียน, การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาญ จังหวัดกาฬสินธุ์, ถอดบทเรียนระบบการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสวางามารมย์ จังหวัดอุทัยธานี, ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักเรียนระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเกณฑ์ปกติสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง, ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ในโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์, การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังที่ระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ :กรณีศึกษา, ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา, ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ผลของโปรแกรมการตรวจด้านด้วยตนเองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา, แนวทางการใช้ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, กระบวนการพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร, ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย, การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง, การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุทธ

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

ตัวแบบทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก จากข้อมูลผู้ป่วยรายเดือน และปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ A Predictive Model for Incidence of Hand, Foot and Mouth Disease Using Monthly Case Report and Weather Factors

จิรพร ไพศาล¹, จิราพร เขียวอยู่²

Teeraporn Paisan¹, Jiraporn Khiewyoo²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างตัวแบบทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก จากตัวแปรด้านสภาพภูมิอากาศ พื้นที่ในการศึกษาคือจังหวัดเลย ข้อมูลที่ใช้ในการสร้างตัวแบบ เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากระบบรายงานเฝ้าระวังโรค 506 (รง.506) และสถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดเลย รวบรวมข้อมูลรายเดือนตั้งแต่เดือน มกราคม 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2558 ใช้ข้อมูลในการพัฒนาตัวแบบ และประเมินความสามารถในการทำนายของตัวแบบจำนวน 84 เดือน และ 36 เดือน ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่การวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยของ และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายด้วยการนำอุบัติการณ์การเกิดโรคที่ได้จากตัวแบบทำนาย เปรียบเทียบกับอุบัติการณ์การเกิดโรคที่พบจริง

ผลการศึกษาพบว่า การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุปัจจัยของ เกิดปัญหาตัวแปรตามมีความแปรปรวนมากกว่าค่าเฉลี่ย จึงแก้ไขโดยการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยทวินามเชิงลบ พบว่า ตัวแปรที่อยู่ในตัวแบบสุดท้ายมี 3 ตัวแปร คือ ตัวแปรความเร็วลม และตัวแปรความชื้นสัมพัทธ์ มีอิทธิพลต่อการทำนายจำนวนการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบความสามารถในการทำนายพบว่า ตัวแบบสามารถทำนายการเกิดโรคได้ไม่ดี อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยสภาพภูมิอากาศกับตัวแปรการเกิดโรคมือ เท้า ปาก จะพบว่าความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลมมีความสัมพันธ์กับอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ตัวแบบทำนาย, อุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก, สมการถดถอยทวินามเชิงลบ

Abstract

This study aimed to build a predictive model for incidence of HFMD using weather factors. Study setting was Loei province. A monthly secondary data from January 2006-December 2015 of an incidence of HFMD and weather factors were retrieved from R506 and Loei provincial meteorological station. Data used for model development was 84 months (January 2006 – December 2012) and 36 months (January 2013 – December 2015) for model validation. Poisson regression model was employed for data analysis. The predicted value of an incidence of HFMD compared to the observed value was used to assess the predictive ability of the developed model.

An actual analysis of the study applied the negative binomial model instead of Poisson regression model because of an over-dispersion condition. There were 3 independent variables in the final model. The wind speed and relative humidity variable had influence on the incidence of HFMD with the statistically significant at 0.05 . Conclusion, the predictive ability of the model was poor. However, considering on the association between the incidence of HFMD and weather factors, the studied found humidity and wind speed increased the risk of an incidence rate HFMD.

Key words: predictive model, hand foot and mouth incidence, negative binomial regression model

¹ นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease) เป็นโรคระบาดที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก⁽¹⁴⁾ และในประเทศไทย นับตั้งแต่ปี 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดต่อที่ต้องรายงานในระบบรายงานเฝ้าระวังโรค 506 (รง.506) โรคมือ เท้า ปาก เกิดจากการสัมผัสโดยตรงกับเชื้อไวรัสในลำไส้ (Enterovirus) ซึ่งเชื้อที่พบได้บ่อย มีสองสายพันธุ์หลักคือ Cosackie virus และรองลงมาคือ Enterovirus 71 ระยะฟักตัวของโรคเฉลี่ย 3-5 วัน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ หรือมีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาการทางคลินิกที่พบได้บ่อย ได้แก่ มีไข้ มีจุดหรือผื่นแดงอักเสบในช่องปาก โดยจุดหรือผื่นแดงมักพบที่ลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้ม นอกจากนั้นยังพบที่บริเวณฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า และบริเวณก้น โรคนี้ยังไม่มียาป้องกัน หรือวิธีในการรักษาที่เฉพาะ⁽⁵⁾ จังหวัดเลย เป็นจังหวัดที่มีรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วย โรคมือ เท้า ปาก มากเป็นอันดับ 1 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อเทียบกับจังหวัดในเขตสุขภาพ และในภูมิภาคเดียวกัน จากการทบทวนรายงานในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2554-2558) พบว่ามีรายงานผู้ป่วย สะสม 2,692 ราย ส่วนใหญ่เป็นเด็ก อายุ 0-14 ปี สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก พบว่าอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรกคือ อำเภอท่าลี่ อำเภอปากชม อำเภอภูหลวง กิ่งอำเภอหนองหิน และอำเภอนาด้วง ซึ่งพบอัตราป่วย 171.67, 139.87, 135.27, 116.25 และ 108.89 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ข้อมูลจากระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์รายงานสถานการณ์โรคในระบบเฝ้าระวัง (รง. 506) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 2558) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และสถิติจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเกิดโรคในกลุ่มอายุ 0-14 ปี ซึ่งการระบาดในพื้นที่จะพบประปรายตลอดทั้งปีแต่ผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน ต่อฤดูหนาว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักวิจัยจำนวนมากได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก

โดยสามารถจำแนกปัจจัยหลักได้แก่ กรณีปัจจัยส่วนบุคคล พบตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ที่ชัดเจน ได้แก่ เพศ อายุ⁽⁴⁾ พฤติกรรมการล้างมือ การสัมผัสกับเชื้อก่อโรค⁽⁷⁾ และจำนวนเด็กในครอบครัว⁽¹³⁾ กรณีปัจจัยด้านสถานที่ พบในพื้นที่ที่มีเด็กเล็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พักพิงและสถานที่เลี้ยงเด็กกำพร้า พื้นที่ชนบท⁽²⁾ และชุมชนแออัด⁽⁷⁾ กรณีปัจจัยด้านปกครองและผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค การชักจูงและแรงจูงใจในการป้องกันโรค⁽³⁾ และกรณีปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ ได้แก่ อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝน⁽⁸⁾ ความชื้นสัมพัทธ์⁽¹¹⁾ ความเร็วลม⁽¹²⁾ และฤดูกาล⁽⁸⁾ สำหรับปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศนั้น **เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคติดต่อ และส่งผลให้เกิดการกระจายของเชื้อก่อโรคเป็นบริเวณกว้าง ดังจะเห็นได้จากการเกิดโรคติดต่อที่มีแนวโน้มหรือเกิดขึ้นตามฤดูกาลที่แตกต่างกัน หากมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศขึ้นก็อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อนั้นๆ** นอกจากนี้ลักษณะทางสภาพภูมิอากาศในบางครั้งก็เป็นตัวกำหนด หรือส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของมนุษย์ และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก็ส่งผลต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อได้อีกด้วย ดังนั้นถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศเพียงเล็กน้อยในระดับที่มนุษย์สามารถทนได้ แต่จะพบเสมอว่า **การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศดังกล่าวมักจะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ทันที⁽¹⁾** และในประเทศไทยนั้นการศึกษาทางด้านตัวแปรด้านสภาพภูมิอากาศกับการเกิดโรคยังไม่ค่อยมี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านสภาพภูมิอากาศกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยหาสมการทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก จากตัวแปรสภาพภูมิอากาศ ซึ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการคาดการณ์การเกิดโรคขึ้นในอนาคต เพื่อการวางแผนในการเตรียมความพร้อมตอบ

ได้โรคระบาดที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้สามารถป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคได้

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างตัวแบบทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคมือเท้าปาก จากปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) พื้นที่การศึกษา คือ จังหวัดเลย แหล่งข้อมูล ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก ทั้งหมด 2,852 ราย เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมระบบรายงานเฝ้าระวังโรค 506 (รง.506) สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวนทั้งสิ้น 120 เดือน โดยข้อมูลสำหรับการสร้างตัวแบบผู้วิจัยวางแผนในการใช้ข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวนทั้งสิ้น 84 เดือน และข้อมูลที่ใช้ในการทดสอบตัวแบบผู้วิจัยวางแผนในการใช้ข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2558 รวมทั้งสิ้น 36 เดือน (ข้อมูลจากโปรแกรมระบบเฝ้าระวังโรค 506 (รง. 506) สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

ข้อมูลสภาพภูมิอากาศ เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานสภาพภูมิอากาศ ของสถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดเลย ประกอบด้วย อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ ความเร็วลม และปริมาณน้ำฝน โดยเป็นข้อมูลเฉลี่ยรายเดือน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวนทั้งสิ้น 120 เดือน โดยข้อมูลสำหรับการสร้างตัวแบบผู้วิจัยวางแผนในการใช้ข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2549 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวนทั้งสิ้น 84 เดือน และข้อมูลที่ใช้ในการทดสอบตัวแบบผู้วิจัยวางแผนในการใช้ข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2558 รวมทั้งสิ้น 36 เดือน (ข้อมูลจากสถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดเลย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม STATA version 10 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) สถิติที่ใช้วิเคราะห์มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลการป่วยด้วยโรคมือเท้าปากนำเสนอเป็นจำนวน และอัตราป่วย และแสดงกราฟแนวโน้มการเกิดโรคมือเท้าปาก รายเดือน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาตัวแบบทำนาย มี 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการพัฒนาตัวแบบ (Develop predictive model) และการประเมินความเหมาะสมของตัวแบบทำนาย (Validate model) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยทวินามเชิงลบ เนื่องจากข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยของ **นำเสนอการที่ได้ไปทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคโดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดโรคที่ได้จากการใช้สมการทำนายกับอุบัติการณ์การเกิดโรคที่พบจริง หากอัตราส่วนระหว่าง 2 อัตรานี้ใกล้ 1 แสดงว่า ตัวแบบมีประสิทธิภาพในการทำนายดี** นำเสนอผลที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยค่าอัตราส่วนอัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate ratio: IRR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI of IRR)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลการเกิดโรคมือเท้าปาก ในจังหวัดเลย จำนวนและอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก ในจังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่าปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ 877 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 138.46 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยสูงที่สุดในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม โดยมีจำนวนผู้ป่วยเป็น 243, 177 และ 119 ราย ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่สุดคือเท่ากับ 38 ราย หรืออัตราป่วย 6.20 ต่อประชากรแสนคน

2. ตัวแบบทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคมือเท้าปากจากการวิเคราะห์หาตัวแบบสุดท้ายที่เป็นตัวแบบที่ดีที่สุด โดยวิธีการคัดเลือกตัวแปรด้วยเทคนิคการเพิ่มตัวแปรอิสระแบบสเตปไวส์ (Stepwise method) พบว่า ความเร็วลม และความชื้นสัมพัทธ์มีอิทธิพลต่อการทำนาย การเกิดโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) ส่วนปริมาณน้ำฝนมีอิทธิพลต่อการทำนายจำนวนการเกิดโรคมือเท้าปาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}>0.05$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ตัวแปรสภาพภูมิอากาศที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรจำนวนการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในตัวแบบสุดท้าย

ตัวแปร	Coefficient	(95%CI)	P-value
ค่าคงที่	-15.68	-20.06 - -11.30	<0.001
ปริมาณน้ำฝน	-0.001	-0.006 – 0.001	0.070
ความชื้นสัมพัทธ์	0.052	0.001 – 0.104	0.045
ความเร็วลม	0.931	0.154 – 1.708	0.019

LR chi2(3) = 6.86, P-value = 0.076 , Pseudo R² = 0.0100

AIC = 8.20, BIC = 229.40

สมการถดถอยพหุคูณเชิงลบ (Negative binomial regression) ที่ประกอบด้วย 3 ตัวแปรทำนาย คือ ปริมาณน้ำฝน ความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลม เป็นดังนี้

$$\log(\mu_i) = -15.68 - 0.001 (X_1) + 0.052 (X_2) + 0.931 (X_3) + \log(pop)$$

โดยที่

$\log(\mu_i)$ = อัตราการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ณ เวลา t

X_1 = ปริมาณน้ำฝน เป็นตัวแปรต่อเนื่อง มีหน่วยเป็นมิลลิเมตร

X_2 = ความชื้นสัมพัทธ์ เป็นตัวแปรต่อเนื่อง มีหน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์

X_3 = ความเร็วลม เป็นตัวแปรต่อเนื่อง มีหน่วยเป็นน็อต

Pop = จำนวนประชากรกลางปี

จากสมการทำนาย สามารถแปลผลได้ว่า สมการนี้มีค่าคงที่เท่ากับ -15.68 ค่าสัมประสิทธิ์ของปริมาณน้ำฝน

มีค่าเท่ากับ 0.001 ค่า IRR เท่ากับ 1 (95%CI = 0.98-1.00) นั่นคือปริมาณน้ำฝนไม่สัมพันธ์กับอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ค่าสัมประสิทธิ์ของความชื้นสัมพัทธ์มีค่าเท่ากับ 0.052 ค่า IRR เท่ากับ 1.05 (95%CI = 1.00-1.10) นั่นคือความชื้นสัมพัทธ์มีความสัมพันธ์กับอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก และค่าสัมประสิทธิ์ของความเร็วลมเท่ากับ 0.931 ค่า IRR เท่ากับ 2.53 (95%CI=1.16-5.51) นั่นคือความเร็วลมมีความสัมพันธ์กับอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก

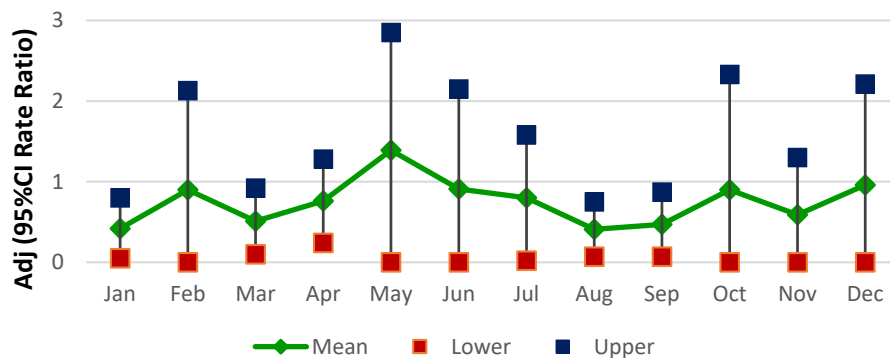
3. ประสิทธิภาพของตัวแบบทำนาย

ทดสอบประสิทธิภาพของตัวแบบทำนาย โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก ที่ได้จากการทำนายกับข้อมูลการเกิดโรคที่พบจริง โดยคำนวณออกมาเป็นอัตราส่วน (Ratio) ระหว่างอุบัติการณ์ที่ได้จากการทำนายกับอุบัติการณ์ที่พบจริง ซึ่งถ้าตัวแบบมีประสิทธิภาพค่านี้จะอยู่ใกล้ 1 (ตาราง 2)

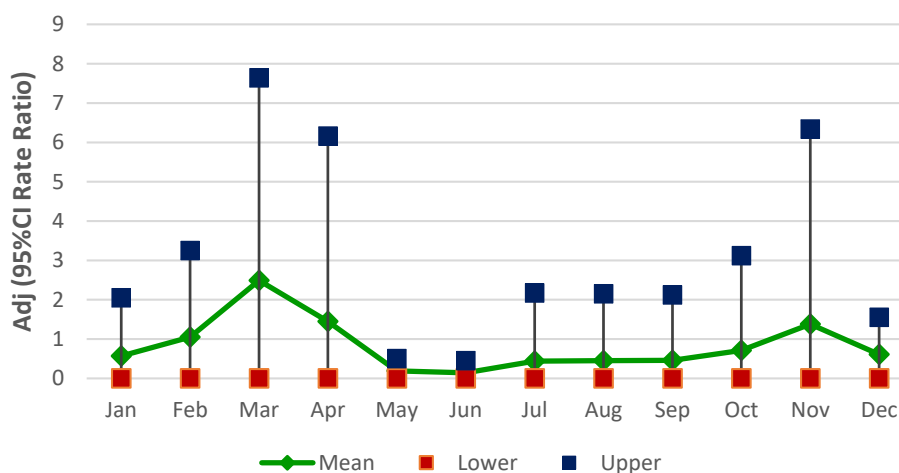
ตาราง 2 ประสิทธิภาพของตัวแบบทำนายในข้อมูลชุดสร้างตัวแบบ และข้อมูลชุดทดสอบตัวแบบ

ข้อมูลชุดสร้างตัวแบบ (84 เดือน)		ข้อมูลชุดทดสอบตัวแบบ (36 เดือน)	
เดือน	ค่าเฉลี่ยของอัตราส่วน (95%CI)	เดือน	ค่าเฉลี่ยของอัตราส่วน (95%CI)
มกราคม	0.42 (0.05-0.80)	มกราคม	0.57 (0.00-2.05)
กุมภาพันธ์	0.90 (0.00-2.13)	กุมภาพันธ์	1.05 (0.00-3.25)
มีนาคม	0.51 (0.10-0.92)	มีนาคม	2.49 (0.00-7.64)
เมษายน	0.76 (0.24-1.28)	เมษายน	1.45 (0.00-6.16)
พฤษภาคม	1.39 (0.00-2.85)	พฤษภาคม	0.19 (0.00-0.50)
มิถุนายน	0.91 (0.00-2.15)	มิถุนายน	0.14 (0.00-0.45)
กรกฎาคม	0.80 (0.02-1.58)	กรกฎาคม	0.44 (0.00-2.17)
สิงหาคม	0.41 (0.07-0.75)	สิงหาคม	0.45 (0.00-2.15)
กันยายน	0.47 (0.07-0.87)	กันยายน	0.46 (0.00-2.12)
ตุลาคม	0.90 (0.00-2.33)	ตุลาคม	0.71 (0.00-3.12)
พฤศจิกายน	0.59 (0.00-1.30)	พฤศจิกายน	1.38 (0.00-6.34)
ธันวาคม	0.96 (0.00-2.21)	ธันวาคม	0.61 (0.00-1.55)

ผลการประเมินประสิทธิภาพของตัวแบบทำนาย เมื่อพิจารณาออกมาเป็นค่าเฉลี่ยของอัตราส่วนเป็นรายเดือน พบว่า ตัวแบบมีความสามารถในการทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ได้ไม่ดี (ตาราง 2 และภาพที่ 1 และ 2)



ภาพประกอบ 1 ประสิทธิภาพของตัวแบบทำนายของอัตราส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก ที่ได้จากการทำนายกับข้อมูลการเกิดโรคที่พบจริงในข้อมูลชุดสร้างตัวแบบทำนาย



ภาพประกอบ 2 ประสิทธิภาพของตัวแบบทำนายของอัตราส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก ที่ได้จากการทำนายกับข้อมูลการเกิดโรคที่พบจริงในข้อมูลชุดทดสอบตัวแบบทำนาย

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลการเกิดโรคมือ เท้า ปาก จากผลการศึกษาข้อมูลการเกิดโรคมือ เท้า ปาก พบว่า จำนวนและอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในจังหวัดเลยระหว่างปี พ.ศ. 2549 ถึง 2558 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยสูงที่สุด จำนวนทั้งสิ้น 877 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 138.46 ต่อประชากรแสนคน สำหรับเดือนที่พบว่าจะมีผู้ป่วยสูงขึ้นคือช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พบผู้ป่วยเป็น 243, 177 และ 119 ราย ตามลำดับ การที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก มากในปีหลังๆ น่าจะเนื่องมาจากในปี พ.ศ. 2554 ได้มีการเพิ่มเติมการเฝ้าระวังโรคแผลในคอหอย และกลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรงเข้าไปในนิยามการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก จึงเป็นไปได้ว่าการปรับนิยามดังกล่าวทำให้การรายงานข้อมูลในปีต่อมาของกลุ่มโรคมือ เท้า ปาก มีจำนวนมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อนำอัตราป่วยมาสร้างกราฟแนวโน้มจะพบว่าลักษณะของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ไม่สัมพันธ์กับลักษณะตามฤดูกาล ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Chang และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อ Enterovirus 71 มีความสัมพันธ์กับฤดูกาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

2. ตัวแบบทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก

2.1 ผลการวิเคราะห์หาตัวแปรอิสระต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรจำนวนการเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยการวิเคราะห์คราวละตัวแปร เพื่อคัดเลือกตัวแปรเข้าตัวแบบเริ่มต้น ($P\text{-value} \leq 0.25$) พบว่ามี 6 ตัวแปร ได้แก่ อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุด อุณหภูมิต่ำสุด ความชื้นสัมพัทธ์ ปริมาณน้ำฝน และความเร็วลม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ ผลการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า ตัวแปรสภาพภูมิอากาศทั้ง 6 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก^{(8),(11),(12)}

2.2 ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ปรากฏว่าตัวแปรสภาพภูมิอากาศที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรจำนวนการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในตัวแบบสุดท้าย ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ที่สามารถนำมาสร้างเป็นสมการคือ ตัวแปรปริมาณน้ำฝน มีหน่วยเป็นมิลลิเมตร ตัวแปรความชื้นสัมพัทธ์ มีหน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์ และตัวแปรความเร็วลม มีหน่วยเป็นน็อต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ma และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าตัวแบบทำนายที่ประกอบไปด้วยตัวแปรอุณหภูมิเฉลี่ย ความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลม เป็นตัวแบบที่สามารถทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ได้ใกล้เคียงกับค่าสังเกตมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศกับการเกิดโรคมือ เท้า

ปาก ในเด็กที่ประเทศจีน ในช่วงปี 2010-2012⁽¹⁰⁾ พบว่า ปริมาณน้ำฝน และความเร็วลมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก (P-value>0.05) และตัวแปรอายุ เพศ อาชีพ อาจจะเป็นตัวแปรร่วมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอิทธิพลตัวแปรสภาพภูมิอากาศ

2.3 ความสามารถในการทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปากของตัวแบบ ในชุดข้อมูลสร้างตัวแบบ พบว่าส่วนใหญ่สามารถทำนายการเกิดโรคได้ โดยพิจารณาจากช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) จะพบว่า อัตราส่วนระหว่างอุบัติการณ์การเกิดโรคที่ได้จากการใช้สมการทำนายกับอุบัติการณ์การเกิดโรคที่พบจริง มีค่าพร้อม 1 แต่ช่วงเชื่อมั่นค่อนข้างกว้าง นั่นคือสมการสามารถทำนายการเกิดโรคได้ไม่ดี

เมื่อนำไปทดสอบกับชุดข้อมูลทดสอบ พบว่าตัวแบบไม่สามารถทำนายการเกิดโรคได้โดยอัตราส่วนระหว่างอุบัติการณ์การเกิดโรคที่ได้จากการใช้สมการทำนายกับอุบัติการณ์การเกิดโรคที่พบจริงช่วงเชื่อมั่นไม่พร้อม 1

จากข้อสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ข้อมูลชุดสร้างตัวแบบในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2555 มีอัตราป่วยที่ค่อนข้างต่ำมาก เมื่อเทียบกับข้อมูลชุดทดสอบตัวแบบทำนาย ในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 ถึง ธันวาคม 2558 ที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคมือ เท้า ปากเพิ่มขึ้นสูงมาก จึงน่าจะส่งผลให้ตัวแบบทำนายของข้อมูลชุดสร้าง มีความสามารถในการทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ได้ไม่ดี และในข้อมูลชุดทดสอบไม่สามารถทำนายการเกิดโรคได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ปรับข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์ใหม่โดยแบ่งข้อมูลทั้งหมดเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับอัตราอุบัติการณ์ การเกิดโรคจากมาก ปานกลาง และน้อย ในแต่ละระดับผู้วิจัยสุ่มข้อมูล 2 ใน 3 ส่วนมาสร้างตัวแบบสำหรับ 1 ส่วนที่เหลือใช้เป็นข้อมูลชุดทดสอบ และทำการวิเคราะห์หาตัวแบบทำนายการเกิดโรคใหม่

เมื่อทำการปรับข้อมูลให้เป็นแบบสุ่ม ในชุดข้อมูลสร้างตัวแบบ พบว่าส่วนใหญ่สามารถทำนายการเกิดโรคได้ โดยพิจารณาจากช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) จะพบว่า อัตราส่วนระหว่างอุบัติการณ์การเกิดโรคที่ได้จากการใช้สมการทำนายกับอุบัติการณ์การเกิดโรคที่พบจริง มีค่าพร้อม 1 แต่ช่วงเชื่อมั่นมีลักษณะค่อนข้างกว้างนั่นคือตัว

แบบทำนายมีความสามารถในการทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ได้ไม่ดี รายละเอียดดังตารางที่ 2 และภาพที่ 2 ข้างต้น

เมื่อนำไปทดสอบกับชุดข้อมูลทดสอบ พบว่าส่วนใหญ่ตัวแบบสามารถทำนายการเกิดโรคได้ สำหรับในเดือน มีนาคม เมษายน และพฤษภาคมนั้นช่วงเชื่อมั่นค่อนข้างกว้าง นั่นคือส่วนใหญ่แล้วตัวแบบทำนายมีความสามารถในการทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ได้ดี แต่จะมีบางเดือนที่จะต้องระมัดระวังในการนำผลการทำนายไปใช้อธิบาย รายละเอียดดังตารางที่ 2 และภาพที่ 3 ข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ถึงแม้ว่าปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศที่นำมาสร้างตัวแบบทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในครั้งนี้จะมีผลการทำนายที่ไม่ดี แต่ก็พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก และจากการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่าตัวแบบทำนายที่ประกอบไปด้วยตัวแปร อุณหภูมิเฉลี่ย ความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลม เป็นตัวแบบที่สามารถทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ได้ใกล้เคียงกับค่าสังเกตมากที่สุด⁽⁹⁾ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวางแผน ป้องกันควบคุมโรคควรให้ความสำคัญในการพิจารณาปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศร่วมด้วย

2. จากตัวแบบทำนายการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ที่ได้ แม้ผลการทำนายยังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรอิสระที่ศึกษาจำกัดเฉพาะตัวแปรทางด้านสภาพภูมิอากาศเท่านั้น และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ผลการศึกษาที่ได้จึงอยู่ภายใต้ค่าของข้อมูลที่มีอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสภาพภูมิอากาศกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ดังนั้นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคมือ เท้า ปาก กับปัจจัยต่างๆ ในโอกาสต่อไปจึงควรพิจารณาปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬาลักษณ์ โกมลศิริ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำหน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถาบันส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รองศาสตราจารย์ ดร. บัณฑิต ถิ่นคำรพ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร คำสะอาด และคณาจารย์ทุกท่านในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา

ชีวสถิติ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ คุณวีระพงษ์ เรียบพร ที่ช่วยประสานเรื่องข้อมูลในการทำวิจัย และให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก รวมถึงรายละเอียดของรายงานเฝ้าระวังโรค 506 (รง.506) ขอขอบพระคุณสำนักกระบวนวิชา ควบคุมโรค และสถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดเลย ที่ได้อนุเคราะห์สนับสนุนข้อมูลสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอุตุ นิยม วิทยา. (2558). วิชาการความรู้อุตุ นิยม วิทยา. [ออนไลน์] 2558 [อ้างเมื่อ 10 พฤษภาคม 2559]. จาก <http://www.tmd.go.th/info/info.php?FileID=1>.
2. กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์. การพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า และปาก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย เขต 18 ปี พ.ศ. 2555. [ออนไลน์] 2555[อ้างเมื่อ 15 พฤษภาคม 2559]. จาก http://www.interfetphailand.net/forecast/files/report_2012/report_2012_11_no17.pdf.
3. พัทธวรรณ บัณฑิต, ธนัช กนกเทศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์ [บทคัดย่อ]. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาสถาปัตยกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. นครสวรรค์: การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6; ใน วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ; 2558. หน้า 347-355
4. สมคิด คงอยู่, เสาวพัตร สันจ้อย. ระบาดวิทยาของโรคมือ เท้า ปาก และการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัสในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ [วารสารออนไลน์] 2556; 45(7)
5. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. องค์ความรู้ (Factsheet) เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2554.
6. สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเลย. รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดเลย [ออนไลน์] 2558 [อ้างเมื่อ 1 มกราคม 2558]. จาก http://www.loei.m-society.go.th/?page_id=2026
7. Chang L, King C, Hsu K, Ning HC, Tsao KC, Li C, et al. Risk factors of enterovirus 71 infection and associated hand, foot, and mouth disease/herpangina in children during an epidemic in Taiwan. **Pediatrics** 2002; 6: e88.
8. Chen Z, Sun H, Yan Y, Wang Y, Zhu C, Zhou W, et al. Epidemiological profiles of hand, foot, and mouth disease, including meteorological factors, in Suzhou, China. **Archives of Virology** 2015; 160(1): 315-321.
9. MA E, LAM T, WONG C. & CHUANG S.K. (2010). Is hand, foot and mouth disease associated with meteorological parameters? . **Epidemiol. Infect.**, 138, 1779-1788.
10. Haixia W., Hongchun W., Qingzhou W., Qinghua X., & Hualiang L. (2014). The effect of meteorological factors on adolescent hand, foot, and mouth disease and associated effect modifiers. **Glob Health Action** 2014; 7:24664.
11. Huang Y, Deng T, Yu S, Gu J, Huang C, Xiao G, et al. Effect of meteorological variables on the incidence of hand, foot, and mouth disease in children: a time-series analysis in Guangzhou, China. **BMC Infectious Diseases** 2013; 13(1): 134
12. LI T, YANG Z, LIU X, KANG Y. & WANG M. (2014). Hand-Foot-And-Mouth Disease Epidemiological Status And Relationship With Meteorological Variable In GUANGZHOU, Southern China, 2008-2012. **Sao Paulo**, 56(6), 533-539.
13. Ruan F, Yang T, Ma H, Jin Y, Song S, Fontaine ER, et al. Risk factors for hand, foot and mouth disease and herpangina and the preventive effect go hand-washing. **Pediatrics** 2011; 127(4): e898-e904.
14. World Health Organization. **A Guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD)**. Geneva: WHO; 2011.

การพัฒนาารูปแบบส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดมุกดาหาร

Development of promoting access to emergency medical services in the community model

Mukdahan province

รัชชัย ใจคง¹

Thatchai Jaikong

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินสภาพการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดมุกดาหาร 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 43 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุดสูงสุด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในแต่ละพื้นที่ยังมีความแตกต่างกัน เหตุผลที่ประชาชนยังไม่ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การบริการล่าช้า เกรงใจ มีรถยนต์ส่วนตัว ยังไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่าที่ควร การสื่อสารในการแจ้งสายด่วน 1669 จึงสร้าง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน เน้น 3 ด้านอย่างสมดุล ได้แก่ ด้านประชาชน ด้านหน่วยบริการ และ ด้านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2) รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน โดยเน้นการสร้างภูมิคุ้มกัน ความพอประมาณ ความมีเหตุผล ให้กับประชาชน โดยใช้ฐานการรับรู้สร้างความเข้าใจถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสำคัญ ครอบคลุม 3 ด้านหลัก คือ ด้านประชาชน ด้านหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนา พบว่า ผลการประเมินสภาพเบื้องต้นในการทำงานอยู่ในระดับมาก มีการดำเนินงานที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี การรับรู้ และ เจตคติ อยู่ในระดับสูง การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาแจ้งเหตุฉุกเฉิน อยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก การเข้าถึงบริการ ร้อยละ 100 ความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก 4) ผลการประยุกต์ใช้รูปแบบในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร มีศูนย์สั่งการและบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มเป็น 43 ศูนย์ ระดับการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคะแนนอยู่ในระดับดี ความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจโดยรวม พบว่า อายุ รายได้ และอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลให้ความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนรายด้านพบว่า เพศ อายุ รายได้ และอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

This research was research and development aimed to assess the condition of emergency medical services in Mukdahan province 2) Development of promoting access to emergency medical services model. 3) Trail and evaluation emergency medical services model. Sample size were 43 Sub-district Administration Organization. Data quantitative college by questionnaire , emergency medical services record and qualitative college by group process. Data quantitative analyze by percentile , mean standard deviation , maximum , minimum and F – test. Data qualitative analyze by content analysis.

The results of the study were as follows 1) Condition of emergency medical services in area had difference because delayed service , considerate , have a car , Emergency Medical Services system is not fully understood as it should be and Communication in Hotline Notification 1669. So create development of promoting access to emergency medical services model focus on 3 aspects as well namely people , medical service unit and the Emergency Medical Center. 2) Promoting access to emergency medical services model highlighted on immunity, moderation, reason to people by perception base to understand emergency medical services was important. Coverage 3 main aspects were people , medical service unit and the Emergency Medical Center. 3) Experimental Results finding The initial assessment of working conditions was at a much level. Had correct operation were good level. Perception and attitudes were high level. Emergency Medical operation of the volunteer emergency were good level. Participatory were much level. Service access 100%. Satisfaction were much level. 4)

¹ สม.การบริหารสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

Extend result applied model to area had a command center and emergency medical services the access to the service has increased to 43 centers. Emergency Medical Services were good level. Emergency Medical Services satisfaction of people were very much level. And when comparing factors that affect total satisfaction finding difference of age , income and occupation had to satisfaction difference Statistically significant at the .05 level. Aspects satisfaction finding difference of sex , age , income and occupation had to satisfaction difference Statistically significant at the .05 level.

Keyword: the access to emergency medical services

บทนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของโลกเป็นไปอย่างรวดเร็ว การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเป็น สาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดได้จากโรคร้ายไข้เจ็บทุกชนิด ตั้งแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยพิบัติและการได้รับสารพิษ ซึ่งประเทศไทยได้รับ ผลกระทบในการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ด้วย ก่อให้เกิดปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและ สังคมของประเทศ ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้ เป็นผลมาจากการพัฒนาประเทศและ การคมนาคมขนส่งที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ความพิการ การเสียชีวิตก่อน วัยอันสมควร รวมทั้งวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากรโดยอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดได้จากโรคร้ายไข้เจ็บทุกชนิด ตั้งแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยพิบัติและการได้รับสารพิษต่างๆ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ได้เกิดปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ เช่น เมื่อปลายปี 2547 ประเทศไทยและหลายประเทศในเอเชีย ได้ประสบปัญหาภัยพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิ สร้างความสูญเสียทั้งชีวิต เศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาล การเกิดพายุไซโคลนนาร์กิสที่ประเทศพม่า มีผู้เสียชีวิตประมาณ 100,000 คน การเกิดพายุไซโคลนแคทรินาที่สหรัฐอเมริกา ในปี 2552 เกิดพายุทิสนาที่ประเทศฟิลิปปินส์ ทำให้เกิดความเสียหายรุนแรงในรอบ 50 ปี และการเกิดแผ่นดินไหวที่ประเทศเฮติ นอกจากนี้

ปัญหาการระบาดของโรคหรือภัยจากการกระทำของมนุษย์และภัยจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เช่น การแพร่กระจายของรังสี สารเคมี การเกิดสงคราม การชุมนุมประท้วงขนาดใหญ่⁽¹⁾

ตามเจตนารมณ์ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ได้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญคือ ลดการเสียชีวิต ความพิการ และอาการแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน⁽²⁾ การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของแต่ละบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทันทีทันใดแล้ว อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือตายก่อนถึงวัยอันสมควร และเกิดความพิการทุพพลภาพของผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนั้น หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องการให้มีบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด การแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม⁽³⁾ ข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและสมองขาดเลือด ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลเอง มีไม่ถึงร้อยละ 5 ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยอุบัติเหตุ ร้อยละ 20-50 มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การให้บริการผู้ป่วยที่จุดเริ่มต้นของปัญหา คือ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในชุมชน ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยย่อมจะลดความสูญเสียได้มากกว่า โดยการพัฒนาโครงสร้างเครือข่ายกู้ชีพชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และขยายการรับส่งชุมชนโดยสื่อประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ

จากรายงานประจำปี 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต(สีแดง) ที่มาด้วย

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินภาพรวมทั้งประเทศ มีเพียงร้อยละ 9.8 เท่านั้น⁽⁵⁾ และจากรายงานผลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดมุกดาหาร ในปี 2554 พบว่า มีผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 2,622 คน มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 585 คน คิดเป็นร้อยละ 22.31 ปี 2555 (6 เดือนแรก) มีผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 1,835 คน มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 485 คน คิดเป็นร้อยละ 30.17 และพบว่า มีผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท (สีแดง เหลือง เขียว) มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 92,973 คน มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 6,205 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67⁽⁶⁾

จากสภาพการณดังกล่าวจะเห็นว่า การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญลำดับแรกที่ต้องเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินเข้าถึงบริการน้อยมาก เมื่อพิจารณาภาพรวมของประเทศมีเพียงร้อยละ 9.8 เท่านั้น จะเห็นว่า ยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินอีกกว่า ร้อยละ 90 และในจังหวัดมุกดาหาร ก็เช่นเดียวกัน ในปี 2554 ผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 22.31 แม้จะสูงกว่าภาพรวมของประเทศ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินอีกกว่า ร้อยละ 70 จะเห็นว่ายังมีช่องว่างของการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินอีกมาก จังหวัดมุกดาหาร ได้มีความพยายามที่จะปิดช่องว่างดังกล่าว ในปี 2555 ได้จัดทำโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน 5 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เจ็บท้องคลอด ครอบคลุมทั้งจังหวัด ผลการดำเนินการในช่วงครึ่งปี สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวิกฤต เป็นร้อยละ 30.17 แต่ก็ยังมีช่องว่างอีกมาก เพื่อให้การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยให้ได้องค์ความรู้ รูปแบบ และวิธีการที่จะพัฒนาการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสภาพการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดมุกดาหาร
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ และ ปริมาณ

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดมุกดาหาร ที่มีการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปีที่ผ่านมา จำนวน 43 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการพัฒนาทดลองใช้รูปแบบ ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ อาสาฉุกเฉินชุมชน (อช.) คัดเลือกจาก ผู้นำ และแกนนำชุมชน ประกอบด้วย สมาชิก อบท. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน (6 หมู่) จำนวน 132 คน ในพื้นที่ตำบลกุดแซ่ อำเภอมือเมืองมุกดาหาร เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) คือ ผู้มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน (อช.)
2. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอน การนำเอารูปแบบไปใช้จริงในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดมุกดาหาร ที่มีผลการปฏิบัติงานในปีที่ผ่านมาจำนวน 43 แห่ง เกณฑ์ในการคัดออกจากโครงการวิจัย (Exclusion

criteria) เป็นผู้ที่ได้รับฟังคำชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแต่ไม่สมัครใจเข้าร่วม หรือ เข้าร่วมกิจกรรมโครงการวิจัยแต่ไม่สิ้นสุดกระบวนการ หรือ ย้ายออกจากพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการกำหนดรูปแบบการ พัฒนาการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย ฉุกเฉินในชุมชน โดยใช้การประชุมกลุ่มย่อย

1.2 โปรแกรมการอบรมแบบมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สร้าง เครื่องมือโดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบ มีส่วนร่วม : Appreciation – Influence – Control (A-I-C)⁽⁷⁾ ให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ภายใต้กรอบแนวคิดและทฤษฎีการจัดการจัดการ ของ Henri Fayol (POCCC)⁽⁸⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แนวคำถามในการประชุมกลุ่มย่อยในการ ประเมินความต้องการ ความจำเป็นในการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และ แนวทางการพัฒนาการเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.2 แบบประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้นการ ดำเนินงาน และข้อมูลการดำเนินงานระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ เจตคติ และการ ปฏิบัติของอาสาฉุกเฉินชุมชน

การทดสอบเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในส่วนการวัดการรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยการใช้อนุกรม KR-20 บบสอบถามของอาสาสมัครใน ส่วนเจตคติ การปฏิบัติ โดยวิธีการครอนบาช (Cronbach's Method) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา ครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการวิจัย ออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. การประเมินสภาพการณ์การจัดการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน มีกิจกรรมดำเนินการที่สำคัญดังนี้ 1) ประเมินสภาพการณ์การจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดย ทบทวนรายงานและเอกสารที่เกี่ยวข้องของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร 2) สัมภาษณ์การดำเนินการ ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ของโรงพยาบาลมุกดาหาร 3) จัดประชุมกลุ่มย่อย กับ ตัวแทนกลุ่มแกนนำชุมชนและผู้ มีส่วนได้ส่วนเสีย ในตำบลกุดแซ่ 1 ครั้ง จำนวน 30 คน ผู้ ร่วมประชุมกลุ่มย่อย ประกอบด้วย นายก อบต. สมาชิก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อปพร. อสม. ปลัด อบต. ปลัดเทศบาลตำบล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ของ อบต. ผอ.รพ.สต. และตัวแทนศูนย์รับแจ้งเหตุและ สั่งการ โรงพยาบาลมุกดาหาร 4) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และเขียนรายงานผลการประเมินสภาพการณ์การจัดการ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการกำหนดรูปแบบการ พัฒนาการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย ฉุกเฉินในชุมชน โดยเน้นการสร้างภูมิคุ้มกัน ความ พอประมาณ ความมีเหตุผล ให้กับประชาชน โดยใช้ฐาน การรับรู้สร้างความเข้าใจถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นสำคัญ จึงต้องพัฒนาการเข้าถึงบริการใน 3 ด้านหลัก อย่างสมดุล ได้แก่ ด้านประชาชน ด้านหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และด้านศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน

3. การนำรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยใช้กระบวนการ อบรมตามหลักสูตรการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การ บริหารส่วนตำบล ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การอบรม แก่กลุ่มทดลองโดยโปรแกรมการบริหารจัดการแบบมีส่วน ร่วมในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดย ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Process of Participation) ประกอบด้วย กิจกรรม การวิเคราะห์ปัญหาการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุของหมู่บ้าน การสร้างภาพระบบการบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินที่พึงประสงค์ การระดมแนวคิดเพื่อเสนอโครงการการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญโครงการ การวางแผนการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชนอย่างบูรณาการ การสรุปผลเตรียมรายงาน การจัดทำแผนการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชนอย่างบูรณาการ การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชน และการสรุปผลเตรียมรายงานและการ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิด และประสบการณ์ร่วมกัน

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4, 8, และ 12) ประชุมวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน และร่วมปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไข ประกอบด้วย กิจกรรม อภิปรายกลุ่มและนำเสนอผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และนำเสนอปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 16) การประเมินผลการฝึกอบรม

4. การประเมินผลการดำเนินการประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้น การรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการรับบริการ

5. การนำรูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปขยายผลในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมุกดาหาร จากทั้งสิ้น 54 แห่ง พบว่ามีจำนวน 43 แห่งที่มีผลการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน จึงได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปประยุกต์ใช้ จำนวน 43 กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนาเสนอในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ ข้อมูลแจกแจงเป็นปกติ นำเสนอด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนข้อมูลที่แจกแจงไม่ปกติ นำเสนอ สถิติค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

จริยธรรมในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้รับอนุญาต ความเห็นชอบทุกกระบวนการวิจัยและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินสภาพการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดมุกดาหาร พบว่า

1.1 สาเหตุที่ประชาชนไม่ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจาก 1) การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความล่าช้า 2) เกรงใจหน่วยกู้ชีพไปส่งแล้วต้องรอรับกลับต้องใช้เวลาานาน 3) ประชาชนส่วนใหญ่มีรถยนต์ส่วนตัว และอยู่ใกล้เขตตัวเมือง ซึ่งการคมนาคมขนส่งสะดวกสบาย 4) ประชาชนไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่าที่ควร 5) การสื่อสารด้านภาษาไม่เข้าใจกันระหว่างผู้แจ้งเหตุฉุกเฉินสายด่วน 1669 และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 6) ประชาชนมีความเชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ ไม่อยากโดยสารรถที่เคยมีคนเสียชีวิตในรถ 7) ค่าใช้จ่ายมีเหตุซ้อน ต้องเรียกเครือข่ายข้างเคียง 8) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการแจ้งพิกัดไม่ถูกเนื่องจากไม่ใช่คนในพื้นที่ซึ่งเชื่อมโยงกับการแจ้งเหตุไม่ชัดเจน 9) ใจร้อน ไม่อยากรอนาน 10) รู้สึกว่าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการชักถามเยอะ 11) ชาวบ้านไม่กล้าโทรเนื่องจากตอบคำถามไม่ถูก

1.2 สาเหตุที่ประชาชนเรียกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจาก 1) รถหน่วยปฏิบัติการมีอุปกรณ์ครบ สะดวกสบาย 2) มีบริการ รับ-ส่ง 3) เวลาใช้บริการหน่วยกู้ชีพ เมื่อไปถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล มี

เจ้าหน้าที่รอรับ ไม่ต้องนั่งรอรับบริการ กรณีไปเองล่าช้าเพราะคิดว่าไม่ฉุกเฉิน 4) มีเบอร์ติดต่อโดยตรง 1669 โทรฟรี บริการฟรี 5) หน่วยปฏิบัติการบริการดี 6) ประหยัดค่าใช้จ่าย

1.3 แนวทางการดำเนินการพัฒนาให้ประชาชนเข้าถึงบริการ พบว่า เห็นด้วยทุกคน โดยเสนอให้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาใน 3 ด้านหลักๆ ได้แก่

1) ด้านประชาชน ควรพัฒนาด้านประชาสัมพันธ์ จัดให้มี มีอาสาสมัครฉุกเฉิน ในการให้การรับรู้ความเข้าใจกับประชาชน ควรกำหนดพื้นที่รับผิดชอบ ให้มีความชัดเจน

2) ด้านหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงาน การแจ้งเหตุ ผู้ให้บริการควรมีความพร้อม มีศักยภาพ และความมั่นใจในบริการ การพัฒนาและยกระดับหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง

3) ด้านศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีการอธิบายขั้นตอนการรับแจ้งเหตุและสั่งการให้ประชาชนเข้าใจ

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1 การกำหนดรูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน โดยเน้นการสร้างภูมิคุ้มกัน ความพอประมาณ ความมีเหตุผล ให้กับประชาชน โดยใช้ฐานการรับรู้สร้างความเข้าใจถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสำคัญ ครอบคลุม 3 ด้านหลัก อย่างสมดุล ดังนี้

2.1.1 ด้านประชาชน โดยการ 1) สร้างอาสาสมัครฉุกเฉิน (อชช.) ประจำหมู่บ้าน โดยพัฒนา อสม.ที่มีอยู่แล้วเป็นหลัก และพัฒนา อปพร. กำหนดผู้นำหมู่บ้าน ให้มีการรับรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถสื่อสารกับประชาชนในหมู่บ้านได้ 2) กำหนดพื้นที่รับผิดชอบตามหลังคาเรือนที่รับผิดชอบของ อสม.หรือ อชช. ให้บริการประชาชนในการแจ้งเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินฉุกเฉินภายในพื้นที่ 3) ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนได้เข้าใจการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และขั้นตอนการใช้บริการ ผ่านสื่อต่างๆ

2.1.1 ด้านหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยบุคลากรในหน่วย ต้องสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการแจ้งเหตุให้ประชาชนในพื้นที่ให้รู้ ความเข้าใจ 2) มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพ ความพร้อมของผู้ให้บริการ และการสร้างความมั่นใจในบริการ 3) พัฒนา

ยกระดับหน่วย FR เป็นหน่วยระดับ EMT-B 4) มีรถร่วมกรณีมีเหตุซ้อน

2.1.3 ด้านศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการต้องอธิบายขั้นตอนการรับแจ้งเหตุและสั่งการให้ประชาชนเข้าใจ

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3.1 การประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้นการดำเนินงาน พบว่า มีการประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้นอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีการประเมินสภาพปัจจัยโดยรวมด้านอาคารสถานที่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณอยู่ในระดับมาก

3.2 ข้อมูลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานที่ถูกต้องอยู่ในระดับที่ดี (ร้อยละ 76.51)

3.3 การรับรู้ เจตคติ การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาแจ้งเหตุฉุกเฉินชุมชน ก่อน และหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการรับรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.8 และค่า ร้อยละ 90.2 และ หลังทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.5 และปานกลาง ร้อยละ 48.5 เจตคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเจตคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.4 และค่า ร้อยละ 7.6 และ หลังทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ระดับการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับดี ร้อยละ 6.1 พอใช้ ร้อยละ 18.2 และ ต้องปรับปรุงร้อยละ 75.8 และ หลังทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100

3.4 การมีส่วนร่วมในการคิดค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินการตามแผน รับผลประโยชน์และประเมินผลการปฏิบัติงานระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าการมีส่วนร่วมโดยรวมการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไข ปัญหา การได้รับประโยชน์จากการแก้ไขปัญหา และการ

ประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหา อยู่ในระดับมาก

3.5 ผลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อน และหลังการทดลอง จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อน และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 43.9 หลังการทดลอง เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100

3.6 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากและระดับปานกลาง เท่ากัน (ร้อยละ 47.1) และมีส่วนน้อยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 5.8)

4. การนำรูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปขยายผลในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมุกดาหาร

4.1 จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการใช้โปรแกรมผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 36.1 หลังการประยุกต์ใช้โปรแกรม เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 77.4

4.2 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.7 พอใช้ ร้อยละ 20.5 และ ปรับปรุง ร้อยละ 63.8 และ หลังใช้โปรแกรม มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.0 พอใช้ ร้อยละ 10.4 และ ปรับปรุง ร้อยละ 8.6

4.3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการ ก่อนการใช้โปรแกรมฯ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.0) รองลงมาคือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยและมาก ตามลำดับ (ร้อยละ 29.9 และ 19.1) หลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 79.5) รองลงมาคือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางและน้อย ตามลำดับ (ร้อยละ 20.5 และ 6.0)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดมุกดาหาร ในครั้งนี้ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินสภาพการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดมุกดาหาร 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอนดำเนินงานได้แก่ การประเมินสภาพการณ์การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ⁽⁷⁾ ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน ประกอบด้วย การให้บริการครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านประชาชน ได้แก่ การสร้างอาสาสมัครฉุกเฉิน (อชช.) ประจำหมู่บ้าน โดยพัฒนา อสม.ที่มีอยู่แล้วเป็นหลัก และ พัฒนา อปพร.กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้มีการรับรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถสื่อสารกับประชาชนในหมู่บ้านได้ มีการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบตามหลังคาเรือนที่รับผิดชอบของ อสม.หรือ อชช. ให้บริการประชาชนในการแจ้งเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินฉุกเฉินภายในพื้นที่ มีการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนได้เข้าใจการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ ขั้นตอนการใช้บริการ ผ่านสื่อต่างๆ 2) ด้านหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยบุคลากรในหน่วย ต้องสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการแจ้งเหตุให้ประชาชนในพื้นที่ให้รู้ ความเข้าใจ มีการพัฒนาศักยภาพ ความพร้อมของผู้ให้บริการ และการสร้างความมั่นใจในบริการ พัฒนายกระดับหน่วย FR เป็นหน่วยระดับ EMT-B 4) มีร่วมนักวิชาการ 3) ด้านศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการต้องอธิบายขั้นตอนการรับแจ้งเหตุและสั่งการให้ประชาชนเข้าใจ โดย

นำรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยใช้กระบวนการอบรมตามหลักสูตรการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบล ทำการประเมินผลการอบรม และ ประเมินผลการดำเนินงาน

จากผลการดำเนินงานพบว่า การประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้นการดำเนินงาน พบว่า มีการประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้นอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีการประเมินสภาพปัจจัยโดยรวม ด้านอาคารสถานที่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณอยู่ในระดับมาก ข้อมูลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานที่ถูกต้องอยู่ในระดับที่ดี (ร้อยละ 76.51) การรับรู้ เจตคติ การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาแฉ่งเหตุฉุกเฉินชุมชน ก่อน และหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการรับรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.8 และต่ำ ร้อยละ 90.2 และ หลังทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.5 และปานกลาง ร้อยละ 48.5 เจตคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเจตคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.4 และต่ำ ร้อยละ 7.6 และ หลังทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ระดับการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับดี ร้อยละ 6.1 พอใช้ ร้อยละ 18.2 และ ต้องปรับปรุงร้อยละ 75.8 และ หลังทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 การมีส่วนร่วมในการคิดค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินการตามแผนรับผลประโยชน์และประเมินผลการปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าการมีส่วนร่วมโดยรวม การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไข ปัญหา การได้รับประโยชน์จากการแก้ไขปัญหา และการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหา อยู่ในระดับมาก ผลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อน และหลังการทดลอง จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงการบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน ก่อน และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 43.9 หลังการทดลอง เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากและระดับปานกลางเท่าๆกัน (ร้อยละ 47.1) ขวรินทร์ ศิริภักกุลวัฒน์ (2554) ได้ศึกษา การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา เทศบาลตำบลโคกสูง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า พัฒนาการของการจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของตำบลโคกสูงเกิดจากแนวคิดนโยบายของรัฐร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการขยายเครือข่ายเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน อันเกิดจากการได้รับการช่วยเหลือล่าช้า มีกระบวนการพัฒนา / วิธีการทำงานของหน่วยกู้ชีพเทศบาลตำบลโคกสูง ได้แก่ การพัฒนาด้านทุนคน ด้านการจัดการงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการจัดการทรัพยากร เป็นไปในทิศทางที่ตอบสนองนโยบาย ซึ่งมีองค์ภคภคที่เกี่ยวข้อง 4 องค์ภคหลัก ได้แก่ 1) เทศบาลตำบลโคกสูงมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแผนงานต่างๆ 2) องค์ภคท้องถิ่น ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำ ซึ่งทำหน้าที่หนุนเสริม และช่วยเหลือประชาชนในทุกด้าน 3) องค์ภคภาคประชาชน มีหน้าที่แจ้งเหตุฉุกเฉินต่างๆ เสนอแนวทางการแก้ปัญหาและมีส่วนร่วมกับหน่วยงานราชการในดการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในทางการแพทย์ฉุกเฉินประชาชนที่มีความรู้ด้านการช่วยเหลือเบื้องต้นสามารถเป็นผู้ประสานงานเชื่อมต่อการบริการ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ซึ่งชุมชนพึงพอใจ 4) องค์ภคภครัฐและเอกชนในพื้นที่มีหน้าที่หนุนเสริมการพัฒนาด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนงบประมาณ การศึกษาอบรม เป็นต้น ผลผลิต ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในตำบล คือ ระบบการดูแลช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ดำเนินการ โดยคนในชุมชน แลควมภาคภูมิใจในการช่วยเหลือผู้อื่นของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

เบื้องต้น ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ การมีหน่วยวิชาชีพที่มีความพร้อมเพื่อรองรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมภายใต้ข้อมูลความต้องการของชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริพร อินทนพ (2551) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบลของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ภายหลังจากทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังจากการประชุมกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีการจัดทำแผนงานโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบลและมีผลการออกปฏิบัติงานรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ^(9,10)

หลังจากนั้นได้นำรูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปขยายผลในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมุกดาหาร จากทั้งสิ้น 54 แห่ง พบว่ามีจำนวน 43 แห่งที่มีผลการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน จึงได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปประยุกต์ใช้ จำนวน 43 กลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการใช้โปรแกรมผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 36.1 หลังการประยุกต์ใช้โปรแกรม เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 77.4 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.7 พอใช้ ร้อยละ 20.5 และ ปรับปรุง ร้อยละ 63.8 และ หลังใช้โปรแกรม มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.0 พอใช้ ร้อยละ 10.4 และ ปรับปรุง ร้อยละ 8.6 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการ ก่อนการใช้โปรแกรม ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.0) รองลงมาคือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยและมาก ตามลำดับ (ร้อยละ 29.9 และ 19.1)

หลังการใช้โปรแกรม ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 79.5) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม ศิลปดอนบม (2551) ได้ทำการศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลหน่วยกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลหน่วยกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องการให้มีการฝึกอบรมการเสริมสร้างทักษะ เพิ่มพูนความรู้ ทบทวนการปฏิบัติหน้าที่ การแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ จัดตั้งเครือข่ายความรับผิดชอบในระดับตำบล อำเภอ และ จังหวัด สนับสนุนการเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการในการปฏิบัติงานให้แก่พนักงานกู้ชีพ เพื่อเป็นหลักประกันในชีวิตให้แก่พนักงานกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวัลย์ สุริยพันธุ์ และ ละไม นิยมกุล (2551) ได้ทำการศึกษาสภาพการณ์มีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า สภาพการณ์มีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับน้อย อาสากู้ชีพยังขาดทักษะในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ด้านการรับแจ้งเหตุ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมน้อย ด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย การประเมินอาการผู้ป่วยไม่เหมาะสมขาดความมั่นใจ ด้านการลำเลียงขนย้าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในระดับดี มีความพร้อมด้านยานพาหนะได้มาตรฐาน มีคน มีอุปกรณ์ ในการลำเลียงขนย้ายเหมาะสม ด้านการส่งต่อให้โรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพและรวดเร็ว พบว่าทุกแห่งทำได้ดี คือ การประสานงาน การรายงานอาการผู้ป่วยระหว่างนำส่ง การแจ้งให้โรงพยาบาลทราบ การปล่อยขบวนกู้ชีพ การช่วยเหลือเบื้องต้นยังทำได้ไม่เหมาะสม^(11,12)

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องพัฒนาอย่างน้อย 3 ส่วนอย่างสมดุล คือ 1)

ประชาชน ให้รับรู้ เข้าใจ เห็นคุณค่าของบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน 2) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีความพร้อมทุกๆด้าน 3) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ที่ประชาชนจะต้องไม่กลัวที่จะแจ้งเหตุ

2. การสร้างอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) และการจัดระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน เป็นกลุ่ม หรือ โชน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในชุมชน

3. ควรขยายการสร้างอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ให้ครอบคลุม โดยการพัฒนาจาก อสม. และ อปพร. ในหมู่บ้าน ชุมชน ให้เข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี เนื่องจาก ทั้ง อสม. และ อปพร. เป็นอาสาสมัครที่มีความพร้อมช่วยเหลือสังคมอยู่แล้ว จะช่วยส่งเสริมให้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. ควรวัดการรับรู้ เจตคติ พฤติกรรมการใช้บริการ และ ความพึงพอใจต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ทั้งพื้นที่ทดลอง และพื้นที่เปรียบเทียบ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.. (2553). อภิธานศัพท์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ค้นเมื่อ 1 เมษายน 2556,จาก <http://www.narendhorn.moph.go.th>.
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2551). พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2551. [ม.ป.ป:ม.ป.พ.].
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.. (2553). มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี : [ม.ป.พ.].
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.. (2554). การดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ:นิเวศรรวมการพิมพ์.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. รายงานผลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดมุกดาหาร ในปี 2554.มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2554 เอกสารอัดสำเนา
7. Cohen, John M. and Norman T. Uphoff. (1977). Rural Participation : Concepts and Measures for Project Design. Implementation and Evaluation. New York : In Rural Development No.2 the Rural Development Committee
9. อุบล ยี่สง. (2553). ทำงานกู้ชีพอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ. วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน, 2(5); 29. Center International Studies Cornell University,
10. สุทนดี ทั้งศิริ, ชูดีมา นาค และวาสนา เชิดชู. (2551). การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 17(2), 491 – 499.
11. วิลาวรรณ แก้วลาน. (2551). คุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. พิงค์คำ พงษ์นารักษ์. (2547). การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5.ควรนำผลการพัฒนาโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่ไม่มีผลการปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยและพัฒนาารูปแบบส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดมุกดาหาร ครั้งนี้เกิดขึ้นได้โดยการสนับสนุนงบประมาณการวิจัย จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณ คุณกมลทิพย์ แซ่เล้า ผู้อำนวยการสำนักวิชาการ และบริหารคุณภาพ สพฉ. ที่ให้โอกาส ให้คำแนะนำ และ ส่งเสริมให้การดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดแซ่ และ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลคำอาฮวน อำเภอเมืองมุกดาหาร ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณแกนนำชุมชน อฉช. หน่วยปฏิบัติการกู้ชีพ อบต.กุดแซ่ เทศบาลตำบลคำอาฮวน ศูนย์แจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลมุกดาหาร และทีมผู้ร่วมวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ทุกคน ที่ได้ร่วมดำเนินการจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

การพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

Development of guidelines Management and care Chronic kidney disease patients Dontan Hospital

Mukdahan province

สิทธิมาศ วงศ์สุรเกียรติ¹

Sittimat wongsurakiat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และศึกษาผลการนำแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 417 คน อำเภอคอนตาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และกระบวนการกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึก ทะเบียน แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า 1) มีแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย โครงสร้างการดำเนินงาน และแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ แผนการดำเนินงาน แบบบันทึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย 2) ความคิดเห็นของบุคลากรต่อแนวทางการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเจ้าหน้าที่ มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ผลการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 417 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ตามมาตรฐานสากล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรัง

Abstract

This research was action research aimed to development of guidelines management and care Chronic kidney disease patients Dontan Hospital Mukdahan province and studied result of management and care Chronic kidney disease patients guidelines. Sample size were 417 Chronic kidney disease patients. Research tools were workshop and group process. Data were collected by record form , register , Observation form ,and interviews. Data were analyzed by statistic descriptive namely percentile , mean and standard deviation.

The results of the study were as follows 1) management and care Chronic kidney disease patients guidelines include operation structure and operation guideline namely action plan , patient care record 2) opinion of staff to management and care Chronic kidney disease patients guidelines Dontan Hospital Mukdahan province finding administrator , stakeholder and staff had total opinion were very much level. Total patient health behavior were high level. Result of management and care Chronic kidney disease patients guidelines finding 417 Chronic kidney disease patients receiving services at the Dontan hospital Mukdahan province get care follow Chronic kidney disease patients guidelines by compliance with international standards. And better quality of life.

Keywords: Chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษามาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage

Renal Disease,ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวัง คัดกรองผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังเข้าสู่ภาวะไต

¹ พบ.โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

วายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) มีจำนวนมากและไม่ได้ตัดสินใจวางแผนการรักษา จะตัดสินใจรับการรักษาเมื่อมีอาการวิกฤตฉุกเฉินด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม และตามด้วยการล้างไตทางช่องท้อง การจัดเก็บข้อมูลยังไม่ครอบคลุม จำนวนผู้ป่วย CKD ผลการดำเนินงาน ปี 2557 มีผู้ป่วย CKD 1,469 ราย/3,094 ครั้ง มีผู้ป่วย ESRD 398 ราย/3,172 ครั้ง ปี 2558 มีผู้ป่วย CKD 1,417 ราย/3,050 ครั้ง มีผู้ป่วย ESRD 442 ราย/3,864 ครั้ง ปี 2559 มีผู้ป่วย 1,388 ราย/2,928 ครั้ง มีผู้ป่วย 504 ราย/4,383 ครั้ง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแล โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเพื่อ คัดกรองและส่งปรึกษาหรือส่งต่อ (screening and consultation or referral) เพื่อให้การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังได้ในระยะแรกของโรคและส่งปรึกษาหรือส่งต่ออายุรแพทย์โรคไตได้อย่างเหมาะสมชะลอการเสื่อมของไต (slowing the progression of kidney disease) เพื่อป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังและความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไต ประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง (evaluation and treating CKD complications) เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular risk reduction) เพื่อป้องกันการเกิดและลดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไต (preparation for renal replacement therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไตในระยะเวลาที่เหมาะสม⁽¹⁾

การพัฒนาการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยการนำเอาหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประยุกต์และเป็นการรวมเอาแนวความคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) กับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory research) มาผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน เป็นกระบวนการทบทวนและปรับปรุงนโยบายการทำงาน

แผนงาน และการปฏิบัติงานทางการศึกษา หรือทางสังคม
ร่วมกันอย่างเป็นระบบ เป็นวงจรกิจกรรมสำคัญ คือ การ
วางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตามผล และการ
ประเมินผลการปฏิบัติ⁽²⁾ โดยการมุ่งเน้นในการส่งเสริม
สุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดี ภายใต้การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพของการ
ดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การสื่อสาร
ประชาสัมพันธ์ และการสร้างพลังภาคีเครือข่าย อำเภอคอน
ตาล ได้ยึดแนวทางการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน
การจัดการปัญหาแบบบูรณาการโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วน
ร่วมดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นบูรณาการสิ่งที่มีอยู่ตามสภาพ
ความเป็นจริง (Factual integration) โดยการนำสิ่งที่มืออยู่อย่าง
แยกส่วนมาทำให้เป็นระบบที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ด้วย
กระบวนการรวมตัวกันขององค์ประกอบตั้งแต่ 2 หน่วยขึ้น
ไป เป็นการจัดโครงสร้างใหม่ หรือปรับกระบวนการทำงาน
ใหม่ตามหน้าที่ ที่มีการประสานงานอย่างเชื่อมโยงกัน เป็น
การผสมผสานศักยภาพระหว่างกันเพื่อช่วยให้แต่ละฝ่ายใช้
ศักยภาพ หรือความถนัด หรือจุดเด่นแต่ละด้านผสมผสาน
กัน ทำให้ประหยัดทรัพยากรและเวลา ช่วยให้เกิดผลผลิตที่
เพิ่มขึ้น ลดความซ้ำซ้อนในสิ่งต่างๆ ที่เหมือนกัน⁽³⁾

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไตด้วยเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหารเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาโรคไตด้วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของอำเภอ และจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อศึกษาผลการนำแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหารไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁽²⁾ เพื่อ
พัฒนาการพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไต
วายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 – ตุลาคม 2560

แบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวางแผน (planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (action) ระยะที่ 3 การสังเกต (observation) และระยะที่ 4 การสะท้อนผล (reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชากรได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอคอนตา และผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในปี 2558 - 2560

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตา จังหวัดมุกดาหาร กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ คณะกรรมการโรคเรื้อรังอำเภอคอนตา จำนวน 10 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตา จังหวัดมุกดาหาร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอคอนตา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน

3. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อำเภอคอนตา จังหวัดมุกดาหาร ที่ขึ้นทะเบียนในปี 2558 - ปี 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multistage sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 417 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตา จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

1.1 การนำเสนอบริบทการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตา จังหวัดมุกดาหาร

1.2 การสังเคราะห์ และสร้างแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตา จังหวัดมุกดาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตา จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่

2.1 แบบบันทึก ทะเบียน แบบสังเกต

2.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตา จังหวัดมุกดาหาร เป็นข้อคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

2. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตา จังหวัดมุกดาหาร กำหนดค่าน้ำหนัก (Arbitrary Weighting Method) ของแต่ละลำดับ ซึ่งมีความหมายของคะแนนตามน้ำหนักของคำตอบดังนี้⁽⁴⁾

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
ระดับความคิดเห็นมากที่สุด	5
ระดับความคิดเห็นมาก	4
ระดับความคิดเห็นปานกลาง	3
ระดับความคิดเห็นน้อย	2
ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด	1

ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงกว้างระหว่างระดับเท่ากับ 0.80⁽⁵⁾ ดังนี้

กลุ่มมีความคิดเห็นมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย ระหว่าง 4.21 - 5.00

กลุ่มมีความคิดเห็นมาก มีค่าเฉลี่ย ระหว่าง 3.41 - 4.20

กลุ่มมีความคิดเห็นปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ระหว่าง
2.61 – 3.40

กลุ่มมีความคิดเห็นน้อย มีค่าเฉลี่ย ระหว่าง
1.81 – 2.60

กลุ่มไม่คิดเห็นน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง
1.00 – 1.80

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัย ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็น แบบสอบถาม ทำการตรวจความตรงของเนื้อหา กับ วัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ นำมาหาค่าความตรงของ เนื้อหา (IOC)⁽⁴⁾ มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำ แบบสอบถามประเมินความรู้ไปทดลองใช้กับประชากร ซึ่งได้แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอนาคู จังหวัด กาฬสินธุ์ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา-คอนบาค (Cronbach's Alpha)⁽¹⁰⁾ ได้ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.81 และ .079 ตามลำดับ

ขั้นตอนการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการ จัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอน ตาล จังหวัดมุกดาหาร แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวางแผน (planning) โดยการพัฒนา แนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย ประเด็นดังนี้

1) นำเสนอผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา

2) การสังเคราะห์สร้างแนวทางการจัดการและ ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัด มุกดาหาร

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (action) โดยการนำ แนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ไปใช้ในพื้นที่

ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 การสังเกต (observation) โดยการเก็บ รวบรวมข้อมูลผลการนำแนวทางการดำเนินงานการจัดการ และดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ไปใช้ ได้แก่ ความคิดเห็นต่อรูปแบบ การดำเนินงาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และผล การดำเนินงานในการแก้ปัญหาในระดับอำเภอ และระดับ จังหวัด

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (reflection) ทำการ สรุปผล ถอดบทเรียน สังเคราะห์องค์ความรู้ และประเมิน แนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร เพื่อนำไปใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาการดำเนินการแก้ปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหา การจัดการโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร การทบทวนการ ดำเนินงานการจัดการโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอน ตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่าปัญหาอุปสรรค ในการ ดำเนินงานได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนล่าช้า ได้รับ การขึ้นทะเบียนไม่ครอบคลุม เนื่องจากได้รับบริการที่ คลินิกหรือสถานบริการอื่น ผู้ป่วยมาไม่ตรงนัด ผู้ป่วยบาง รายไม่ไปพบแพทย์ที่ รพช. ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลต่อเนื่อง แบบฟอร์มหลากหลาย ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และบุคลากรสาธารณสุขขาดความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ตามบริบทของ พื้นที่ และเหมาะสมกับผู้ป่วย ด้านการให้บริการ เจ้าหน้าที่ ขาดทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ ขาดการบริการที่เป็น ระบบ มีประสิทธิภาพและยืดหยุ่นเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลยังไม่เสถียร ข้อมูลสูญหายบ่อย/ ขาดการ เชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูลระดับจังหวัด/ไม่สามารถนำ ข้อมูลมาใช้ในพื้นที่ได้ ระบบการส่งต่อ ขาดการ ประสานงานอย่างเป็นระบบ/การส่งต่อล่าช้า

2. การพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย

2.1 การกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งครอบคลุม กลุ่มความรับผิดชอบงาน การงานและ บทบาทหน้าที่

2.2 การกำหนดแนวทางการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย

1) แผนการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร มีแผนการดำเนินงานในทุกระดับ ครอบคลุม 8 กลยุทธ์ คือ 1) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรค 2) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ 3) การพัฒนาระบบส่งต่อ 4) การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) กระบวนการให้บริการ 6) การสร้างเครือข่ายบูรณาการดูแลผู้ป่วย 7) การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน และ 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร เป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ โรงพยาบาล ประกอบด้วย การคัดกรอง การรักษา การเฝ้าระวัง การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. ผลการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

3.1 ความความคิดเห็นของบุคลากรต่อแนวทางการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร พบว่าผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเจ้าหน้าที่ มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$ S.D.=0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมากได้แก่ การพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรค การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาระบบส่งต่อ การ

ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม กระบวนการให้บริการ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ได้มาตรฐาน การพัฒนาและสร้างองค์ความรู้

3.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.51$ S.D.=0.46)

3.3 ผลการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร จากการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 417 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ตามมาตรฐานสากล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁽²⁾ กระบวนการมีส่วนร่วม⁽⁶⁾ ร่วมกับแนวคิดการ บูรณาการ⁽³⁾ เพื่อพัฒนาการพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร โดยเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหา การจัดการโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร การทบทวนการดำเนินงานการจัดการโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร พบว่าปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนล่าช้า ได้รับการขึ้นทะเบียนไม่ครอบคลุม เนื่องจากได้รับการบริการที่คลินิกหรือสถานบริการอื่น ผู้ป่วยมาไม่ตรงนัด ผู้ป่วยบางรายไม่ไปพบแพทย์ที่ รพช. ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลต่อเนื่อง แบบฟอร์มหลากหลาย ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และบุคลากรสาธารณสุขขาดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ตามบริบทของพื้นที่ และเหมาะสมกับผู้ป่วย ด้านการให้บริการ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ ขาดการบริการที่เป็นระบบ มีประสิทธิภาพและยืดหยุ่นเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลยังไม่เสถียร ข้อมูลสูญหายบ่อย/ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูล

ระดับจังหวัดไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในพื้นที่ได้ ระบบการส่งต่อ ขาดการประสานงานอย่างเป็นระบบ/การส่งต่อล่าช้า

หลักจากนั้นดำเนินการพัฒนา แนวทางการจัดการ และดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร แบ่ง ออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวางแผน (planning) โดยการพัฒนาแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย 1) นำเสนอผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การสังเคราะห์สร้างแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (action) โดยการนำแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ไปใช้ในพื้นที่ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 การสังเกต (observation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการนำแนวทางการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ไปใช้ ได้แก่ ความคิดเห็นต่อรูปแบบการดำเนินงาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และผลการดำเนินงานในการแก้ปัญหาในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (reflection) ทำการสรุปผล ถอดบทเรียน สังเคราะห์องค์ความรู้ และประเมินแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินการแก้ปัญหา และนำมากำหนดเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบท ประกอบด้วย แนวปฏิบัติ แผนแม่บท โดยมีเครือข่ายศูนย์เรียนรู้ และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน โดยมี คณะกรรมการจัดการความรู้ (System manager) เป็นศูนย์กลาง

ทำให้ได้แนวทางในการแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย โครงสร้างการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งครอบคลุม กลุ่มความรับผิดชอบ งาน การะงาน และ บทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด

จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย แผนการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร มีแผนการดำเนินงานในทุกระดับ ครอบคลุม 8 กลยุทธ์ คือ 1) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรค 2) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ 3) การพัฒนาระบบส่งต่อ 4) การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) กระบวนการให้บริการ 6) การสร้างเครือข่ายบูรณาการดูแลผู้ป่วย 7) การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน และ 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร เป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ โรงพยาบาล ประกอบด้วย การคัดกรอง การรักษา การเฝ้าระวัง การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน

จากผลการดำเนินงานพบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรต่อแนวทางการดำเนินงานการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 417 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ตามมาตรฐานสากล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาโดยใช้หลักการบูรณาการ และใช้กระบวนการกลุ่มในการพัฒนาก่อให้เกิดแนวทางแก้ปัญหาที่มีความเชื่อมโยง โดยการนำสิ่งที่มืออยู่อย่างแยกส่วนไม่เชื่อมโยงกัน มาทำให้เป็นระบบที่มีความสมบูรณ์มาก เป็นการการจัดโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ใหม่ โดยมีการประสานงานอย่างเชื่อมโยงกัน เป็นการผสมผสานศักยภาพระหว่างกันเพื่อช่วยให้แต่ละฝ่ายใช้ศักยภาพ หรือความถนัด หรือจุดเด่นแต่ละด้านผสมผสานกัน ทำให้ประหยัลดทรัพยากร และเวลา ช่วยให้เกิดผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ลดความซ้ำซ้อนในสิ่งต่างๆ ที่เหมือนกัน ทำให้เกิดแนวทางในการดำเนินการแก้ปัญหาโรคเบาหวานที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ คงฤทธิ์ จันจัญญ (2556)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่ม มาใช้ในการดำเนินการศึกษา ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ พฤติกรรมสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธิรักษ์ ดีสิน (2557)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการ แก้ปัญหาโรคเบาหวานแบบบูรณาการการมีส่วนร่วมอำเภอ ท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่าความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานแก้ปัญหาในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ ผู้บริหาร ชุมชน ท้องถิ่น บุคลากร มีการทำงานไปในทิศทาง

เดียวกัน ให้ความร่วมมือ ในการดำเนินงานการป้องกัน สุขภาพได้อย่างดีเยี่ยม

2. ควรมีการกำหนดมาตรการ หรือนโยบายของชุมชน ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนครัวเรือนให้มีการปลูกและกินผักปลอดสารพิษ เป็นต้น มีการปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง จริงจัง และมีความต่อเนื่อง

3. ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงรับและเชิงรุก พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน และ ขยายผลหมู่บ้านต้นแบบ สู่หมู่บ้าน/ชุมชนอื่นที่ยังไม่ได้ ดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. 2552
2. Kemmis, S. and McTaggart, R.[2000]. **Participatory action research**. [online] Available form: http://en.wikipedia.org/wiki/Participatory_action_research [cited November 20,2014]
3. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2546) **การคิดเชิงบูรณาการ = Integrative thinking**. กรุงเทพฯ : ชัคเชสมีเดีย.
4. บุญชม ศรีสะอาด.(2545) **การวิจัยเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
5. Best, John W. (1981) **Research in Education**. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
6. Lewin, K. **Principles of psychology typology**. New York: McGraw-Hill.1936.
8. กงฤทธิ วันจัญญ. (2556) ผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2556
9. พุทธิรักษ์ ดีสิน. (2557)การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคเบาหวาน แบบบูรณาการการมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**.ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มีนาคม-มิถุนายน)

**ผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ใน
กระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี**

**Effect of management potential development for health insurance coverage area by group process in
the PDCA quality cycle process Muang District, Ubon Ratchathani Province.**

อดุลย์ วรรณชาติ¹

Adal wanachate¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ และบริบทในการบริหารจัดการกองทุน 2) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุน จำนวน 191 คน และประชาชน จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม และแบบสอบถามที่ประยุกต์จาก CIPP model ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา 1. บริบทในการบริหารกองทุน พบว่า ผลการประเมินบริบทกองทุน (Context Evaluation: C) (ร้อยละ 64.9) ปัจจัยนำเข้าของกองทุน (Input Evaluation: I) (ร้อยละ 66.49) กระบวนการของกองทุน (Process Evaluation: P) ร้อยละ 61.26 และการประเมินผลผลิตของกองทุน (Product Evaluation: P) (ร้อยละ 64.92) ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้งหมด 2. การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ สามารถดำเนินการได้โดยใช้กระบวนการกลุ่มในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA ประกอบด้วย ขั้นตอน การวางแผน (Plan) การดำเนินงานตามแผน (Do) การตรวจสอบกิจกรรม (Check) และการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action) 3. ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินผลตามกรอบ CIPP model เพื่อเปรียบเทียบหลังดำเนินการ 12 เดือน กับก่อนดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านบริบทกองทุน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตกองทุน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.328, 0.345, 0.338 และ 0.327 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ทุกด้าน ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.376 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่

Abstract

This research was action research aimed to 1) To studied the situation and context of health insurance coverage area management. 2) To studied management potential development for health insurance coverage area and 3) To studied effectiveness of management potential development for health insurance coverage area by group process in the PDCA quality cycle process Muang District, Ubon Ratchathani Province. Sample size were 191 health insurance coverage area committee and 400 people. Tools used include : group process and questionnaire applied from CIPP model study between 1 October 2016 – 30 September 2017. Data analyzed by percentile , mean , standard deviation , compare mean before and after by paired t- test.

The results of the study were as follows 1. Context of health insurance coverage area management finding Context Evaluation(C) (64.9%) Input Evaluation (I) (66.49%) Process Evaluation(P) (61.26%) and Product Evaluation(P) (64.92%) was all in much level. 2. management potential development for health insurance coverage area was action by group process in PDCA quality cycle process include Plan Do Check and Act. 3. effectiveness of management potential development for health insurance coverage area by group process in the

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

PDCA quality cycle process Muang District, Ubon Ratchathani finding after action 12 month mean of context , input , process and product average increase 0.328, 0.345, 0.338 and 0.327 respectively which increase from the pre-operation had statistically significant at the .05 level.

Keywords: health insurance coverage area

บทนำ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2544 ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งในหลายมาตราได้กำหนดให้ประชาชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วม เช่น มาตรา 13(3) มาตรา 18(8) มาตรา 47 และมาตรา 48(4) ⁽¹⁾ ต่อมาในปี 2550 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับพื้นที่ ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีก 5 หน่วยงาน ⁽²⁾ สนับสนุนให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยจัดสรรงบประมาณอุดหนุนเป็นรายหัว 45 บาทต่อคน ในขณะที่อปท.จัดสรรงบประมาณสมทบ (Co-Matching Fund) ในอัตราที่กำหนดตามขนาดของท้องถิ่น ขนาดเล็ก 30% ขนาดกลาง 40% ขนาดใหญ่หรือเทศบาลตำบล 50% และเทศบาลเมือง เทศบาลนคร 60% พร้อมกับเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมการบริหารจัดการเงินกองทุนในรูปแบบของคณะกรรมการบริหาร โดยมีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ คือ ท้องถิ่น สาธารณสุข และชุมชน และกำหนดให้ใช้จ่ายเงินใน 4 ลักษณะ คือ สนับสนุนการจัดบริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่แก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน และการบริหารจัดการ

จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี อปท.มี 238 แห่ง สมัครเข้าร่วมทุกแห่ง ส่วนอำเภอเมืองอุบล มี 13 แห่ง จากการสรุปผลการดำเนินงานกองทุน ในปี 2557 โดยวิธีการสอบถาม การประชุม อบรม เสวนา พบปัญหาในการดำเนินงาน คือ ความไม่เข้าใจในกรอบแนวคิดการดำเนินงานของกองทุน คณะกรรมการยังไม่ทราบบทบาทของตนเอง การ

ประสานงานระหว่างองค์กรชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่ยังไม่ชัดเจน ไม่มีการประเมินกองทุนอย่างต่อเนื่อง และขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ⁽³⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุน ให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในสร้างความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการกองทุน ผวนเข้าไปในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA โดยเริ่มจากการประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model ⁽⁴⁾ แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation: C) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation: I) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของกองทุน โดยใช้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อให้กลุ่มได้วิเคราะห์สถานการณ์ค้นหาปัญหา และเสนอแนะแนวทางแก้ไข รวมถึงใช้เป็นแบบประเมินก่อนและหลังดำเนินการ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม ที่นำมาใช้พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของกองทุน อันจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพของคนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และบริบทในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่มในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ ทั้งหมด ทุกกองทุน ในเขตอำเภอเมือง กลุ่มที่ 2 ประชาชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการกองทุน 191 คน ได้แก่ 1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี 13 คน 2) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ 26 คน 3) สมาชิกสภา อบต. หรือ สภาเทศบาลที่สภา 26 คน 4) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 22 คน 5) ผู้แทน อสม.ในพื้นที่คัดเลือกกันเอง 26 คน 6) ตัวแทนหมู่บ้านหรือชุมชน(ไม่เกิน 5 คน) 65 คน 7) ปลัด อบต.หรือ ปลัดเทศบาล 13 คน

กลุ่มที่ 2 ประชาชน โดยการสุ่มตัวอย่างจากตัวแทนครัวเรือน โดยการคำนวณ ใช้สูตร TARO YAMANE

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{188,393}{1 + 188,393 (0.05)^2} = 399.15$$

ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือน 400 คน

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประยุกต์ใช้ใน 4 ขั้นตอน ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA ของเดิมมีประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติงาน (Do) ตรวจสอบกิจกรรม (Check) และ การปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามใช้สำหรับสอบถามคณะกรรมการบริหาร

กองทุน หลักประกันสุขภาพพื้นที่ มีทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้ คือ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ บริบทของกองทุน จำนวน 15 ข้อ ปัจจัยนำเข้าของกองทุน จำนวน 15 ข้อ กระบวนการกองทุน จำนวน 15 ข้อ ผลผลิตของกองทุน จำนวน 15 ข้อ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ และ ความพึงพอใจต่อกองทุน จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม มีขั้นตอนดังนี้คือนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการของ ครอนบาค (Cronbach Method) ของแบบสอบถามการประเมินผลกองทุนฯ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.945, 0.953, 0.965 และ 0.979 แบบสอบถามความพึงพอใจในกองทุนฯ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.979

ขั้นตอนการศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ และบริบทในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

2. การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประยุกต์ใช้ใน 4 ขั้นตอน ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA ของเดิมมีประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน และการวางแผนดำเนินการของกองทุน โดยใช้กระบวนการกลุ่มในขั้นตอนวางแผน (Plan) ของวงจรคุณภาพ PDCA

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติงาน (Do) กองทุนดำเนินการกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน ในขั้นตอนปฏิบัติงาน (Do) ของวงจรคุณภาพ PDCA เป็นเวลา 4 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบกิจกรรม (Check) กองทุนดำเนินการปรับปรุงแผนการดำเนินงาน ตามแนวทางการปรับปรุงของกลุ่มที่ได้จากการตรวจเยี่ยมใน

ขั้นตอน DO เป็นเวลา 4 เดือน และได้รับการตรวจเยี่ยมในขั้นตอนการตรวจสอบกิจกรรม (Check) ของวงจรคุณภาพ PDCA

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action) กองทุนนำแผนที่ได้จากการปรับปรุงในขั้นตอน Check มาดำเนินการตามแผนในขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action) ของวงจรคุณภาพ PDCA เป็นเวลา 4 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติ

สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ และบริบทในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

1.1 ผลการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ ตามรูปแบบของชิป (CIPP Model) พบว่า ผลการประเมินบริบทกองทุน (Context Evaluation: C) อยู่ในระดับ มาก (ร้อยละ 64.9) ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าของกองทุน (Input Evaluation: I) อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 66.49) ผล การประเมินกระบวนการของกองทุน (Process Evaluation: P) ระดับมาก ร้อยละ 61.26 และผลการการประเมินผลผลิตของกองทุน (Product Evaluation: P) อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 64.92)

1.2 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพบว่า ด้านทรัพยากรบุคคล ได้แก่ กรรมการยังขาดทักษะ ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ กรรมการมาจากหลากหลาย ความรู้ ความสามารถไม่เท่ากัน ไม่แผนในการพัฒนาศักยภาพที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ขาดการประเมินผลการทำงานของกรรมการกองทุน ด้านการวางแผน พบว่า ประชาชนบางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญ ขาดการนำข้อมูลสถานะสุขภาพของคนในชุมชนมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ขาดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม แผนงานโครงการไม่เกิดจากความต้องการของประชาชน ด้านการมี

ส่วนร่วม พบว่า ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบ และเล็งเห็นประโยชน์จากกองทุนต่อการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของกองทุน ด้านความพร้อมของกองทุน พบว่างบประมาณที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหา ควรหาแหล่งงบประมาณจากแหล่งอื่นด้วย ด้านการประเมินผล พบว่า ยังขาดการประเมินผลที่ชัดเจน และครอบคลุมในทุกโครงการ

2. การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประยุกต์ใช้ใน 4 ขั้นตอน ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA ของเคมมิ่ง ดังต่อไปนี้

2.1 การวางแผน (Plan) โดยการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน และการวางแผนดำเนินการของกองทุน โดยใช้กระบวนการกลุ่มในขั้นตอนวางแผนประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับกองทุน และทักษะการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานกองทุน ในปัจจุบัน ระยะเวลา 1 วัน ประกอบด้วย (1) บทบาทของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ในการ สนับสนุน การดำเนินงานด้านการ "ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ" ในระดับพื้นที่ (2) แนวคิด/หัวใจสำคัญของกองทุน และการบริหารจัดการการดำเนินงานกองทุน (3) การเงินและการรายงานผล (4) การบันทึกข้อมูลลงสู่โปรแกรมกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1.2 การนำเสนอข้อมูลจากการประเมินผลการดำเนินการของกองทุน ในรูปแบบการประเมินใช้ CIPP MODEL ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการกองทุน และการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินการของกองทุน

1.3 การประชุมระดมสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิถีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และวิธีการบริหารจัดการกองทุน การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา และ ตัวแทนกองทุน ร่วมกันทำข้อตกลง/มติ ที่จะนำแนวทางจากการประชุมกลุ่มไปดำเนินการ

1.4 กิจกรร มเพื่ อกระ ตุ้น ให้ เกิดความสามารถในการจัดการ โดยใช้ทักษะการวางแผนเพื่อ

แก้ไข้ปัญหา การกำหนดบทบาทหน้าที่ การจัดทำแผน การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ การติดตามสนับสนุนและการประเมินผล โดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยเจ้าหน้าที่และตัวแทนกองทุน ร่วมกันจัดทำแผนนิเทศติดตามการดำเนินงานของกองทุนในภาพรวมอำเภอ

2.2 การดำเนินงานตามแผน (Do) กองทุนดำเนินงานวางแผนการดำเนินงาน ตัวแทนคณะกรรมการกองทุน นำข้อมูลและแนวทางการดำเนินงานกองทุนที่ได้จากข้อ 1 กลับไปประชุมคณะกรรมการกองทุน จัดทำแผนการดำเนินงาน ระยะเวลา 2 สัปดาห์

2.3 การตรวจสอบกิจกรรม (Check) กองทุนดำเนินการตรวจสอบ และปรับปรุงแผนการดำเนินงานตามแนวทางการปรับปรุงของกลุ่มที่ได้จากการตรวจเยี่ยมในขั้นตอน DO เป็นเวลา 4 เดือน ตัวแทนกองทุน นำแผนการดำเนินงานของกองทุน นำเสนอในการประชุมกองทุนระดับอำเภอ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แผนการดำเนินงานของแต่ละกองทุน ระยะเวลา 1 วัน

2.4 การปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action)

ประเมินผล โดยการนำผลการประเมินกองทุนตามกรอบได้มาปรับปรุงดำเนินการตามแผนในขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action)

3. ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินผลตามกรอบ CIPP model เพื่อเปรียบเทียบหลังดำเนินการ 12 เดือน กับก่อนดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านบริบทกองทุน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตกองทุน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.328, 0.345, 0.338 และ 0.327 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ทุกด้าน ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.376 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามกรอบ CIPP model ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพ	N	$\bar{X}$	$\bar{d}$	$sd(\bar{d})$	t	df	p-value
บริบทกองทุน (Context Evaluation: C)							
ก่อนดำเนินการ	191	3.824	0.328	0.289	15.642	190	<0.001
หลังดำเนินการ	191	4.152					
ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I)							
ก่อนดำเนินการ	191	3.796	0.345	0.287	16.626	190	<0.001
หลังดำเนินการ	191	4.141					
กระบวนการ (Process Evaluation: P)							
ก่อนดำเนินการ	191	3.767	0.338	0.330	14.149	190	<0.001
หลังดำเนินการ	191	4.105					
ผลผลิตกองทุน(Product Evaluation: P)							
ก่อนดำเนินการ	191	3.817	0.327	0.336	13.431	190	<0.001
หลังดำเนินการ	191	4.144					

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ

ความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ	N	$\bar{x}$	$\bar{d}$	sd($\bar{d}$)	t	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	400	3.726	0.376	0.395	19.053	399	<0.001
หลังดำเนินการ	400	4.102					

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยการศึกษาสถานการณ์ และบริบทในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี และการดำเนินการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประยุกต์ใช้ใน 4 ขั้นตอน ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA⁽⁴⁾ ทำให้เกิดแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) โดยการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน และการวางแผนดำเนินการของกองทุน โดยใช้กระบวนการกลุ่มในขั้นตอนวางแผน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับกองทุน การนำเสนอข้อมูลจากการประเมินผลการดำเนินการ การประชุมระดมสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้เกิดความสามารถในการจัดการ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง⁽⁵⁾ ทำให้ได้แผนการดำเนินงานที่ครอบคลุม ได้แก่ (1) บทบาทของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ในการ สนับสนุน การดำเนินงานด้านการ "ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ" ในระดับพื้นที่ (2) แนวคิด/หัวใจสำคัญของกองทุน และการบริหารจัดการการดำเนินงานกองทุน (3) การเงินและการรายงานผล (4) การบันทึกข้อมูลลงสู่โปรแกรมกองทุน

หลักประกันสุขภาพ หลังจากนั้นนำแผนดังกล่าวไปดำเนินการวางแผนการดำเนินงาน ตัวแทนคณะกรรมการกองทุน นำข้อมูลและแนวทางการดำเนินงานกองทุนที่ได้จากข้อ 1 กลับไปประชุมคณะกรรมการกองทุน จัดทำแผนการดำเนินงาน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และทำการประเมินผลการดำเนินงานตามกรอบ CIPP model จากผลการดำเนินงานทำให้ ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินผลตามกรอบ CIPP model เพื่อเปรียบเทียบหลังดำเนินการ 12 เดือน กับก่อนดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านบริบทกองทุน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตกองทุน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.328, 0.345, 0.338 และ 0.327 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ทุกด้าน ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.376 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีระศักดิ์ กิตติคุณ (2556)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า บริบทที่มีผลต่อการบริหารกองทุน ๑ ได้แก่ ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนในพื้นที่ วิสัยทัศน์และนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มกองทุน ๑ ที่บริหารจัดการดีและ กองทุนฯ ที่ต้องเร่งพัฒนามีความเหมือนและความแตกต่างในการบริหารจัดการกองทุน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ด้านทรัพยากรบุคคล กองทุนควรดำเนินงานพัฒนาศักยภาพกรรมการให้มีความรู้ ความสามารถในการ

บริหารจัดการกองทุน เช่น การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน เป็นต้น และควรจัดการประชุมคณะกรรมการอย่างน้อย 5-6 ครั้งต่อปี รวมถึงการแต่งตั้งคณะกรรมการมาช่วยงานกรรมการเพื่อคัดกรองโครงการจะทำให้ได้โครงการที่เกิดประโยชน์ต่อประชาชน

2) ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ กองทุนควรจัดเวทีประชาคมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหา และในขณะเดียวกันก็เป็นการคืนข้อมูลสุขภาพให้แก่ชุมชน และควรนำข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชนมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำโครงการ รวมถึงการจัดการอบรมการเขียนโครงการให้แก่ภาคประชาชนจะทำให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมเป็นเจ้าของ และตรงตามความต้องการของประชาชน กองทุนมีแผนการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น มีแผนที่สอดคล้องกับแผนสุขภาพตำบล และเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ

3) ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่าย ควรมีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมของกองทุน แทรกในทุกกิจกรรมของชุมชน ทำให้ประชาชนรับทราบ และเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ทั้งการมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของโครงการ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการทำงานแบบจิตอาสา

4) ด้านความพร้อมของกองทุน ควรจัดให้ที่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานกองทุนโดยตรง การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ควรให้หน่วยงานที่งบประมาณจัดซื้อโดย

ใช้ระเบียบของหน่วยงาน การขาดแคลนงบประมาณ ควรระดมทุนจัดองค์กรอื่นๆและประชาชนแต่จะต้องทำให้ประชาชนเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากกองทุน

5) ด้านการประเมินผล กองทุนควรตั้งคณะกรรมการช่วยติดตามประเมินผลโครงการในทุกโครงการ คณะกรรมการควรมาจากภาคประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ ผู้ของบจากกองทุนนำเสนอผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ และกองทุนจัดสรุปผลงานประจำปีเพื่อประเมินผลการดำเนิน รวมถึงทำการประเมินพฤติกรรมสุขภาพประชาชน และความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานของกองทุน

6) ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน กองทุนจะมีผลลัพธ์การดำเนินการที่ดี ควรให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีการประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง

7) ความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงาน กองทุน ประชาชนจะพึงพอใจหากกองทุนมีผลงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตอบโจทย์ประชาชน การบริหารงานของคณะกรรมการมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีภาคประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน

8) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

8.1) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานกองทุนฯ

8.2) ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนฯ เปรียบเทียบระหว่างกองทุนที่มีประสบความสำเร็จ กับกองทุนๆที่ยังต้องมีการปรับปรุง

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพปี 2555. 2555.
- 2.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่.2557.
- 3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี.สรุปผลการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ในระดับพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. 2555. .เอกสารอัดสำเนา.
4. Stufflebeam, D.L., et al. Educational Evaluation and Decision – Making, Illinois : Peacock Publishers., Inc., 1971.
5. Cohen, John M. and Norman T. Uphoff. Rural Participation : Concepts and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation. New York : In Rural Development No.2 the Rural Development Committee 1977.
6. วีระศักดิ์ กิตติคุณ. การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดตรัง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2556

ปริมาณและชนิดของเชื้อราในอากาศห้องทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน
QUANTITY AND TYPES OF FUNGI IN AIRBORNE AT A DENTAL ROOM;
HOSPITAL PRIMARY CARE

กณพศ แต่งเมือง¹, พรพรรณ สกุลคู²

Kanaposh Tangmuang, Pornpun Sakunkoo

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อหาปริมาณและชนิดของเชื้อราในอากาศภายในห้องทันตกรรม โรงพยาบาลชุมชนและเปรียบเทียบปริมาณเชื้อราหลังจากเปิดหน้าต่าง 1 ชั่วโมงก่อนการปฏิบัติงาน ในห้องทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้เครื่อง Biostage single-impactors ในการเก็บตัวอย่างอากาศ และใช้อาหารเลี้ยงเชื้อสูตร Sabouraud Dextrose Agar สำหรับเลี้ยงเชื้อรา และแบบบันทึกสิ่งแวดล้อม ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2559 โดยทำการเก็บตัวอย่างอากาศรวม 140 ตัวอย่างในห้องทันตกรรม 7 สัปดาห์แต่ละสัปดาห์เลือกเก็บ 3 วัน คือวันจันทร์ พุธ ช่วงเช้าและช่วงบ่าย และวันศุกร์ช่วงเช้าในสัปดาห์ที่ 4 ทำการเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศก่อนทำการเก็บตัวอย่าง 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณเชื้อราเฉลี่ย $471.64 \text{ CFU/m}^3 (\pm 21.52)$; (95%(CI) 429.01 - 514.26) = ชนิดของเชื้อราที่พบมี 4 ชนิด ได้แก่ *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Rhizopus* spp. และ *Penicillium* spp. เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเชื้อราหลังเปิดหน้าต่างก่อนทำการเก็บตัวอย่างพบว่ามีค่าเฉลี่ยมากกว่าในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 แต่มีค่าน้อยกว่าในสัปดาห์ที่ 3, 5, 6 และ 7

คำสำคัญ: เชื้อราในอากาศ, ห้องทันตกรรม, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research also aims to find out the number and types of fungus, in airborne, in the dental room of hospital primary care to compare the regular amount of the fungus in the dental examination room and the amount of the fungus that was collected 1 hour after open the windows in the room. The research had conducted from October to December 2016. The fungus was collected by Biostage single-impactors using Sabouraud Dextrose Agar. The fungus had been collected 3 days, every Monday and Wednesday, both in the morning and the afternoon, and every Friday morning, for 7 weeks. In week 4, the fungus was collected after open the windows for 1 hour. The result shows that the mean of the fungus number in the air is $471.64 \text{ CFU/m}^3 (\pm 21.52)$; (95%(CI) 429.01 - 514.26). The test found 4 types of fungus, *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Rhizopus* spp., and *Penicillium* spp. The mean of the fungus number in the in week 1 and 2 was lower than week 3, 5, 6, and 7.

Keywords: Fungi in airborne, Dental room, Hospital primary care

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยทั้งทางด้านการรักษาและด้านจิตใจคือโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละแห่งได้แบ่งการดูแลรักษาประชาชนที่เจ็บป่วยออกเป็นหลายแผนกแตกต่างกันออกไป เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อุบัติเหตุฉุกเฉิน การส่งเสริมสุขภาพ ทันตกรรม เป็นต้น ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอ การหายใจเอาเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในอากาศเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดโรคได้ง่ายและอาจมีความรุนแรงมากกว่าช่วงที่ร่างกายแข็งแรง ดังนั้นคุณภาพอากาศของโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวัดเพื่อหาปริมาณของจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนอยู่ในอากาศเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม และทำการแก้ไขให้ทันเวลา¹ จากการศึกษาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในบรรยากาศในโรงพยาบาลขนาดที่แตกต่างกัน พบว่าเชื้อราที่พบมากที่สุดคือ *Aspergillus* spp. ซึ่งเป็นเชื้อฉวยโอกาสที่จะก่อโรคกับผู้ที่มีความอ่อนแอหรือภูมิคุ้มกันต่ำเท่านั้น² และยังพบว่าความชุกของเชื้ออูมกอกจากภูมิแพ้และปริมาณของเชื้อราในอากาศรวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับเชื้อราในอากาศ นอกจากนี้ยังพบว่าคาร์บอนไดออกไซด์ และความชื้นสัมพัทธ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณเชื้อราในอากาศ³ และการทบทวนผลกระทบสุขภาพจากการสัมผัสเชื้อ *Aspergillus* spp. ในอากาศภายในบ้าน พบการกระจายเชื้อ *Aspergillus* spp. ในบ้านผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยเชื้อ *Aspergillus* spp. ที่พบมากที่สุดคือ *Aspergillus flavus* ทั้งภายในบ้าน และนอกบ้านเป็นร้อยละ 30.1 และ 44.5 ตามลำดับ³ และมีการศึกษาเกี่ยวกับเชื้อราบริเวณห้องทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าเชื้อราที่พบคือ *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Rhizopus* spp. และ *Penicillium* spp. ซึ่งงานทันตกรรมเป็นจุดที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจากโรคในช่องปากเช่น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การรักษาโรคฟัน และการใส่ฟันปลอม เป็นต้น ห้องทันตกรรมจึงเป็นพื้นที่อันตรายที่อาจมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์มากมาย ถ้าหากไม่มีระบบระบายอากาศที่เพียงพอซึ่งระบบระบายอากาศของห้องทันตกรรมโดยส่วนใหญ่จะเป็นระบบระบายอากาศแบบแยกส่วนและพัดลมดูด

อากาศ ดังนั้นโรคติดเชื้อหลายอย่างสามารถติดต่อไปยังทันตบุคลากรและผู้ให้บริการอื่นๆ จากการศึกษาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศของห้องทันตกรรมพบว่าการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศสูงในระหว่างการให้บริการทันตกรรม⁴ เมื่อเปรียบเทียบการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในคลินิกทันตกรรมกับพื้นที่สาธารณะภายนอกพบว่าสัดส่วนของการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในคลินิกทันตกรรมมีมากกว่าภายนอกซึ่งอาจทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกทันตกรรมเป็นประจำเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจุลินทรีย์มากกว่าคนปกติทั่วไป⁵ เชื้อราเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจซึ่งเชื้อราที่พบในห้อง ทันตกรรม ทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้หลายระบบได้แก่ หู ตา จมูก ไช้นัส และปอด การติดเชื้อราในบางคนเชื้อจะถูกกลืนไปยังกระดู สมอง เยื่อหุ้มสมอง ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณเชื้อราในหลายพื้นที่แต่ในหน่วยของห้องทันตกรรมที่มีระบบระบายอากาศแบบแยกส่วนในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีผู้ทำการศึกษาดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปริมาณและชนิดของเชื้อราในอากาศของห้องทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณและชนิดของเชื้อราในอากาศภายในห้องทันตกรรม
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของเชื้อราในอากาศหลังจากเปิดหน้าต่างก่อนให้บริการ 1 ชั่วโมง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็น cross-sectional study เพื่อศึกษาปริมาณและชนิดของเชื้อราในอากาศภายในห้องทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างอากาศแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากการเก็บตัวอย่างอากาศ ภายในห้องทันตกรรม ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 โดยทำการเก็บตัวอย่างอากาศในห้องทันตกรรม 7 สัปดาห์แต่ละสัปดาห์เลือกเก็บ 3 วัน คือวันจันทร์ พุธ ช่วงเช้าและช่วงบ่าย และวันศุกร์ช่วงเช้า จากจุดเก็บตัวอย่าง 4 จุด รวม 140

ตัวอย่างโดยในสัปดาห์ที่ 4 ทำการเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศก่อนทำการเก็บตัวอย่าง 1 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบบันทึกสิ่งแวดล้อม
2. เครื่องมือเก็บตัวอย่างจุลินทรีย์ในอากาศ (Microbiology Air Sampler) ใช้เครื่อง Biostage single-impactors ต้องได้รับการทดสอบความเที่ยงตรง (calibration) ของอัตราการดูดอากาศ ก่อนการใช้งานเครื่องมือเก็บตัวอย่างอากาศต้องมีการทดสอบความเที่ยงของอัตราการดูดอากาศซึ่งเครื่อง Biostage single-impactors นี้ได้ใช้อัตราการไหล 28.3 L/min โดยจะต่อบีบดูดอากาศเข้ากับ Rotameter และปรับอัตราการดูดอากาศของ Biostage single-impactors ให้ได้ 28.3 L/min โดยจะดูที่ตำแหน่งของลูกบอลใน Rotameter
3. เครื่องมือวัดอุณหภูมิและความชื้น (Hygrometer) EXTECH INSTRUMENTS No.09T2745
4. Petri dish ที่บรรจุอาหารเลี้ยงเชื้อสำหรับเลี้ยงเชื้อราสูตร Sabouraud Dextrose Agar โดยมีการเตรียม ชั่ง Sabouraud Dextrose Agar 65 กรัม ผสมกับน้ำกลั่น 1 ลิตร นำไปต้ม ให้อาหารเลี้ยงเชื้อละลาย โดยดูได้จากอาหารเลี้ยงเชื้อใส แล้วนำไปนึ่งฆ่าเชื้อที่อุณหภูมิ 121°C ความดัน 15 ปอนด์/ตารางนิ้ว นาน 15 นาที จากนั้นนำไปแช่ในอ่างน้ำควบคุมอุณหภูมิ ที่ 50°C แล้วนำไปเทในจานอาหารเลี้ยงเชื้อ ปริมาตร 20 มิลลิตร/plate ก่อนนำจานอาหารเลี้ยงเชื้อไปใช้ ต้องมีการ ผึ่งให้ผิวหน้าอาหารเลี้ยงเชื้อแห้ง เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ และทดสอบความปราศจากเชื้อ โดยนำอาหารเลี้ยงเชื้อที่เตรียมประมาณ 5 plate เข้าตู้บ่มเพาะเชื้อ (Incubator) อุณหภูมิ 35±1°C ประมาณ 24 ชั่วโมง และตรวจดูการเจริญเติบโตของเชื้อรา ถ้ามีเชื้อราขึ้นแสดงว่าอาหารเลี้ยงเชื้อที่เตรียมนั้นมีการปนเปื้อนไม่สามารถนำไปใช้เก็บตัวอย่างแบคทีเรียในอากาศได้
5. เครื่องมือการตรวจวิเคราะห์เชื้อรา ได้แก่ แอลกอฮอล์ 95% Lactophenol cotton blue KOH 40% ชุดเครื่องมือในการตรวจวิเคราะห์เชื้อรา ลวดเขี่ยเชื้อ กล้องจุลทรรศน์ สไลด์ พร้อม cover slip ปิดเต เครื่อง ชั่ง 2 ตำแหน่ง ขวดฝาเกลียว ขนาด 500 มิลลิตร ข้อนัดกสาร แท่ง

แก้วคนสาร ตะเกียงแอลกอฮอล์ ตู้บ่มเพาะเชื้อ (Incubator) อุณหภูมิ 35±1°C บ่มเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา

วิธีการเก็บตัวอย่าง

วิธีการเก็บจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนอยู่ในอากาศ ทำได้โดยต่อเครื่อง Biostage single-impactors ที่มีอาหารเลี้ยงเชื้อบรรจุอยู่ภายในเข้ากับบีบดูดอากาศ จากนั้นทำการดูดอากาศด้วย อัตราการดูดอากาศ 28.3 L/min เป็นเวลา 10 นาที โดยเก็บตัวอย่างเชื้อเชื้อราในอากาศช่วง 09.00 น.-10.00 น. และ 14.00 น. - 15.00 น. และมี Filed blank โดยเก็บตัวอย่างเหมือนที่เก็บในจุดเก็บของห้องทันตกรรม เพื่อตรวจสอบการปนเปื้อนของเชื้อราทุกครั้งของการเก็บแต่ละช่วงและในขณะที่ขนส่งไปยังห้องปฏิบัติการนั้นต้องควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 4 °C ภายในกล่องโฟมที่มีไอซ์แพคบรรจุภายใน แล้วนำไปตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง อาหารเลี้ยงเชื้อรา Sabouraud Dextrose (SDA) ใช้สำหรับเก็บเชื้อรานำมาเพาะเชื้อที่ได้ไปอบอุณหภูมิ 35 °C นาน 5-7 วัน

ปริมาณของจุลินทรีย์ = จำนวนโคโลนีที่นับได้

ปริมาณอากาศทั้งหมด

ปริมาตรอากาศทั้งหมด = อัตราการไหลของอากาศ (28.3 L/min) x ระยะเวลาที่เก็บตัวอย่าง (t) โดยที่ 1 L = 10⁻³ m³

ทั้งนี้ก่อนทำการเก็บตัวอย่างทุกครั้งต้องทำความสะอาดเครื่องมือด้วยแอลกอฮอล์ 70% เพื่อฆ่าเชื้อที่ปนเปื้อนอยู่ในเครื่อง Biostage single-impactors และในระหว่างการเปลี่ยนชุดของอาหารเลี้ยงเชื้อก็ต้องทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ 70%

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในห้องปฏิบัติการ ณ ห้องปฏิบัติการกลาง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติอนุมาณ 95% CI ของค่าเฉลี่ย ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์

สรุปและอภิปรายผล

โรงพยาบาลชุมชนที่ทำการศึกษามีขนาด 30 เตียง มีเตียงทันตกรรมบริการ 4 เตียงระบบปรับอากาศเป็นแบบ

แยกส่วนมีเครื่องปรับอากาศ 2 ตัวอายุการใช้งานมากกว่า 5 ปี เปิดใช้งานพร้อมกันในวันที่มีการให้บริการทันตกรรม ซึ่งมีการล้างทำความสะอาดปีละ 1 ครั้ง และมีพัดลมดูดอากาศ 1 เครื่อง อุณหภูมิเฉลี่ย 24.23°C (± 0.14) มีอุณหภูมิต่ำสุด 23°C และอุณหภูมิสูงสุด 25°C ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย $78.4\%\text{RH}$ (± 1.69) ความชื้นสัมพัทธ์ต่ำสุด $57.5\%\text{RH}$ และความชื้นสัมพัทธ์สูงสุด $90\%\text{RH}$ มีการทำความสะอาดภายในห้องทันตกรรมวันละ 2 ครั้งคือ ช่วงเวลา 07.00 น. – 08.00 น. และ 12.00 น. – 13.00 น. วิธีการทำความสะอาดจะเป็นการกวาดฝุ่นที่อยู่ตามพื้นห้องและถูห้อง เฉพาะทุกวันศุกร์ช่วงเวลา 13.00 น. – 16.00 น. จะทำการฉีดสเปรย์ฆ่าเชื้อในอากาศและขัดทำ

ความสะอาดพื้นห้องรวมถึงการเช็ดฝุ่นตามพื้นผิวต่างๆที่อยู่ในคลินิกทันตกรรม ลักษณะอากาศภายนอกในวันที่ทำการเก็บตัวอย่างพบว่า มีท้องฟ้าแจ่มใส ร้อยละ 38.89 มีเมฆบางส่วน ร้อยละ 22.22 มีเมฆเป็นส่วนใหญ่และมีเมฆเต็มท้องฟ้า ร้อยละ 11.11 และมีฝนตก ร้อยละ 16.67 มีจำนวนผู้มารับบริการทันตกรรม(รวมทุกกิจกรรมบริการ) เฉลี่ยต่อวัน 31.55 (± 1.24) ราย ผู้มารับบริการน้อยสุด 21 รายต่อวัน และผู้มารับบริการมากที่สุด 41 รายต่อวัน ซึ่งผู้มารับบริการถอนฟันมีมากที่สุด ร้อยละ 57.04 รองลงมาคือ รับบริการอุดฟัน ร้อยละ 15.67 รับบริการเฉพาะทาง (ผ่าฟันคุด, รักษารากฟัน, ทำฟันปลอม) ร้อยละ 14.44 และรับบริการชุดหินปูน ร้อยละ 12.85 ตามลำดับ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นและชนิดเชื้อราในอากาศภายในห้องทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชน

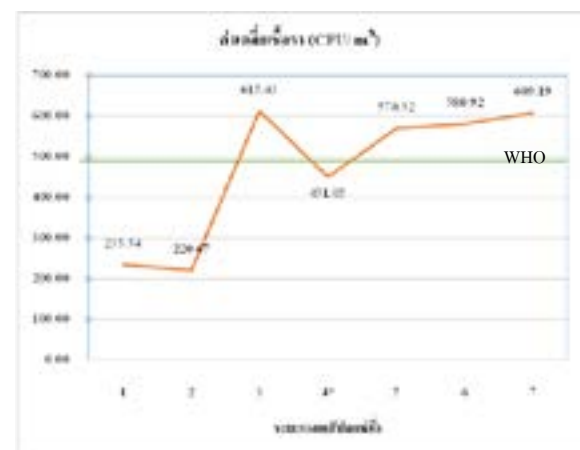
เชื้อจุลินทรีย์	ค่าเฉลี่ย CFU/ m ³	SD	Min	Max	95%CI	ชนิดเชื้อที่พบ
เชื้อรา	471.64*	21.52	35.34	1250.88	429.01 - 514.26	<i>Aspergillus</i> spp.** <i>Fusarium</i> spp. <i>Rhizopus</i> spp. <i>Penicillium</i> spp.

*ค่าไม่เกิน 500 CFU/ m³ จากค่ามาตรฐานของ WHO(World Health Organization). IAQ: Biological Contaminants (1988)

***Aspergillus* spp. เป็นเชื้อราที่พบมากที่สุดในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลการตรวจวัดปริมาณเชื้อราในอากาศภายในห้องทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชนด้วยเครื่องมือเก็บตัวอย่างจุลินทรีย์ในอากาศ (Microbiology Air Sampler) คือ Biostage single-impactors โดยใช้ Petri dish ที่บรรจุอาหารเลี้ยงเชื้อสำหรับเลี้ยงเชื้อราสูตร Sabouraud Dextrose Agar (SDA) ด้วยการเก็บตัวอย่างเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในอากาศ National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) พบว่าค่าเฉลี่ยเชื้อรารวมเท่ากับ $471.64\text{ CFU}/\text{m}^3$ (± 21.52) 95%CI 429.01 - 514.26 โดยเชื้อราที่พบมี 4 ชนิด ได้แก่ *Aspergillus* spp.^{10,11,12}, *Fusarium* spp., *Rhizopus* spp. และ *Penicillium* spp.^{13,14} เมื่อเทียบกับมาตรฐานคุณภาพอากาศของ WHO พบว่า มีคุณภาพอากาศดี เพราะน้อยกว่าค่าที่กำหนดไว้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ $500\text{ CFU}/\text{m}^3$



ภาพประกอบ 1 ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเชื้อราในอากาศรายสัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1-7)

* สัปดาห์ที่ 4 ทำการเก็บตัวอย่างอากาศหลังจากเปิดหน้าต่างระบายอากาศ 1 ชั่วโมง

จากภาพประกอบ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยเชื้อรารวมมากที่สุดคือสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $613.43\text{ CFU}/\text{m}^3$ เนื่องจากในสัปดาห์ที่ 3 มีความชื้นเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 85.4

%RH และสูงกว่าค่าเฉลี่ยความชื้นโดยรวม ซึ่งเหมาะต่อการเจริญเติบโตและขยายพันธุ์ของเชื้อรา และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือสัปดาห์ที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 220.67 CFU/ m³ เนื่องจากความชื้นเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 69.46% RH และจากการทดลองโดยการเปิดหน้าต่างระบายอากาศก่อนทำการเก็บตัวอย่าง 1 ชั่วโมงพบว่ามีความชื้นน้อยกว่าสัปดาห์ที่ 3,5,6 และ 7 แต่มีค่ามากกว่า สัปดาห์ที่ 1 และ 2 เมื่อเทียบกับมาตรฐานคุณภาพอากาศของ WHO พบว่าในสัปดาห์ที่ 1,2 และ 4 มีค่าเฉลี่ยเชื้อรารวมน้อยกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 CFU/m³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระบบการระบายอากาศที่แตกต่างกันพบว่าห้องที่ใช้ระบบปรับอากาศมีปริมาณเชื้อราในอากาศมากกว่าห้องที่ระบายอากาศด้วยวิธีทางธรรมชาติ¹⁵

การศึกษากลับนี้เป็นการศึกษาการปนเปื้อนของเชื้อราในอากาศ ภายในห้องทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชน เฉลี่ยปนเปื้อนของเชื้อราในอากาศ มีค่าไม่เกินมาตรฐานคุณภาพอากาศขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดค่าไว้ที่ไม่เกิน 500 CFU/m³ และเชื้อราที่พบมากที่สุดคือ *Aspergillus* spp.¹⁶ ทั้งนี้เนื่องจากห้องทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนมีระบบการจัดการเป็นไปตาม Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2015¹⁷ ทำให้ได้ค่าไม่เกินมาตรฐาน อุณหภูมิที่เชื้อราส่วนใหญ่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ที่อุณหภูมิ 0 – 30 °C อุณหภูมิที่เหมาะสมในการเจริญเติบโตและแพร่พันธุ์จะอยู่ที่ 20 – 30°C ซึ่งอุณหภูมิเฉลี่ยของห้องทันตกรรมเท่ากับ 24.23 °C ซึ่งเหมาะกับการดำรงชีวิต เจริญเติบโตของเชื้อราและแพร่พันธุ์ ในด้านของความชื้นสัมพัทธ์เชื้อราส่วนใหญ่จะเจริญเติบโตและขยายพันธุ์ที่ระดับความชื้นสัมพัทธ์สูงกว่า 60%RH ซึ่งความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยของห้องฟันเท่ากับ 78.4 ซึ่งเหมาะแก่การเจริญเติบโตและขยายพันธุ์^{9,14} ดังนั้นถ้ามีการ

ควบคุมความชื้นในห้องทันตกรรมให้มีความชื้นน้อยกว่า 60%RH และเปิดหน้าต่างระบายอากาศก่อนการทำงานและระหว่างช่วงเวลาพักเที่ยงร่วมจะทำให้ปริมาณเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศของห้องทันตกรรมลดลงเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงที่มีต่อทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องทันตกรรมที่มีความเสี่ยงได้รับเชื้อมากกว่าผู้มารับบริการและผู้อยู่ภายนอกห้องทันตกรรม⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบปรับอากาศเป็นแบบแยกส่วนมีเครื่องปรับอากาศ 2 ตัวอายุการใช้งานมากกว่า 5 ปี เปิดใช้งานพร้อมกันในวันที่มีการให้บริการทันตกรรมควรล้างทำความสะอาดทุกชุด ปีละ 2 ครั้ง และล้างแผ่นกรองอากาศทุกสัปดาห์
2. พัดลมดูดอากาศต้องมีอย่างน้อย 3 เครื่อง เพื่อให้เกิดความเพียงพอในการระบายอากาศ
3. การเปิดหน้าต่างก่อนการทำงานอย่างน้อย 1 ชั่วโมงช่วยลดปริมาณของเชื้อราในอากาศได้
4. ควรมีการควบคุมความชื้นให้มีความชื้นน้อยกว่า 60%RH

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะ ภาควิชา สหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มอบทุนอุดหนุนวิจัยที่มีส่วนสำคัญให้วิจัยนี้สำเร็จ และสมบูรณ์ และขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจในการศึกษาตลอดมา คุณประโยชน์ ความดีความงาม ทั้งปวงที่เกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณบิดามารดา ครู อาจารย์ ที่เคารพยิ่ง และหากมีข้อบกพร่องด้วยประการใดๆ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. การดี ช่วยบำรุง.เทคโนโลยีการกำจัดจุลินทรีย์ในอากาศในโรงพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 1. แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพฯ, 2557.
2. วร โอนรัตน์วิบูล และคณะ. " ความสุขของเยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ในบุคลากรและเชื้อราในอากาศในอาคารที่มีระบบจัดการอากาศ". *ธรรมชาติศาสตร์เวชสาร*.8(4): 470–480, 2551.
3. Hedayat MT, Mayahi S, Denning DW. "A study on *Aspergillus* species in houses of asthmatic patients from Sari City, Iran and a brief review of the health effects of exposure to indoor *Aspergillus*". *Environ Monit Assess*. 168(1–4):481–487, 2010.

4. Gowtham S, Padma ED. "Bioaerosol Contamination in Dental Clinic: A Potential Health Hazard". *Ann Essences Dent*. 6(1):33, 2014.
5. Pasquarella C และคณะ. "Microbial environmental contamination in Italian dental clinics: A multicenter study yielding recommendations for standardized sampling methods and threshold values". *Sci Total Environ*. 420: 289–299, 2012.
6. Kimmerle H และคณะ. "Airborne microbes in different dental environments in comparison to a public area". *Arch Oral Biol*. 57(6):689–696, 2012.
7. พรพรรณ สกุลฤ. การเก็บตัวอย่างอากาศและการวิเคราะห์ด้านชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2558.
8. Di Giulio M และคณะ. "Indoor air quality in university environments". *Environ Monit Assess*. 170(1–4):509–517, 2010.
9. สุพจน์ เตชะอานวยวิทย์. "การแก้ไขปัญหาเชื้อราในระบบปรับอากาศ". *สมาคมวิศวกรรมปรับอากาศแห่งประเทศไทย* (16) :63–81, 2551.
10. กุสุมาลย์ ชมโคกกรวด, กาญจนา นาคะพินธุ. "ชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องเรียนอนุบาล สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น". *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 8(3):1–9, 2554.
11. กุลธิดา เลิศชาวยุทธ. ความแปรปรวนของจำนวนเชื้อราในอากาศกับการระบายอากาศและสภาวะอากาศภายในห้องของโรงพยาบาลกลาง <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/19054> สืบค้นเมื่อ (3 กรกฎาคม 2016).
12. ศิริพร ศรีเทวณ, กาญจนา นาคะพินธุ. "การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในบรรยากาศในโรงพยาบาลขนาดที่แตกต่างกัน Ambient microbial contamination in different hospital scales". *วารสารวิจัย มข ฉบับบัณฑิตศึกษา*. 12(1) : 92-101, 2555.
13. เด่นชัย กวยทอง, กาญจนา นาคะพินธุ. "จุลินทรีย์ในอากาศภายในห้องทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น". *วารสารวิจัย มข ฉบับบัณฑิตศึกษา*. ระหว่างตีพิมพ์.
14. Sen B, Asan A. "Fungal flora in indoor and outdoor air of different residential houses in Tekirdag City (Turkey): seasonal distribution and relationship with climatic factors". *Environ Monit Assess*. 151(1–4):209–219, 2009.
15. ศรีบุญ คำภานุตร, วงศ์พันธ์ ลิ้มปเสนีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการระบายอากาศและปริมาณจุลินทรีย์ในอากาศภายในโรงพยาบาล วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร, 2552
16. Kadaifciler DG, Cotuk A. **Microbial contamination of dental unit waterlines and effect on quality of indoor air.** *Environ Monit Assess*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsagr&AN=edsagr.US201400102905&site=eds-live&authtype=ip,uid> สืบค้นเมื่อ (29 พฤษภาคม 2016)
17. Magazine TD. **Thai Dental Safety Goal in Practice.** thaidentalmag.com. <http://thaidentalmag.com/dent-stream-detail.php?type=10&id=554> สืบค้นเมื่อ (9 กรกฎาคม 2016)

ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน

The Problems and Obstacles to Nursing Productivity

จิรประภา ประคำ¹

Jiraprapa Prakham¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล และ 3) เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จากประชาชนผู้มารับบริการโรงพยาบาลดอนจานจำนวน 60 ราย บุคลากรสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาลดอนจานจำนวน 35 ราย และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลดอนจานจำนวน 14 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และกระบวนการกลุ่ม เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t – test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาด ด้านผลการรักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความรู้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80) 2) ผลจากกระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้แผนกลยุทธ์ในการเสริมสร้างความผูกพันและความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร โรงพยาบาลดอนจาน ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ ความพยายามทุ่มเทปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ความภาคภูมิใจและจงรักภักดีต่อองค์กร และการดำรงสมาธิภาพและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร 3) หลังการดำเนินงาน ปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจของบุคลากร ได้แก่ ความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร และระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร สูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล

Abstract

This research was action research aimed to 1) study the problems and obstacles to nursing productivity and organizational commitment of personnel to nursing departments. 2) To develop an organizational commitment of staffing with nursing departments. And 3) To study the effect of organizational commitment process on staffing of nursing units Donchan hospital Kalasin province. The sample size was purposive selected 60 People from the service in Donchan hospital 35 multidisciplinary staff and 14 nurses in Don San Hospital. Research tools were workshop and group process. Data were collected by Questionnaire. Data were analyzed by frequency percentile mean standard deviation paired t – test and content analysis.

The research found that 1) The problems and obstacles to nursing productivity Donchan hospital finding total satisfaction and aspect satisfaction namely convenience , the results of medical care of nurses , expertise in the work under target (80%) 2) Effect of organizational commitment process on staffing of nursing units Donchan hospital Kalasin province had strategies for enhancing well-being and the commitment of staffing to the organization. Included 3 issue namely dedicated efforts to achieve corporate objectives , Pride and loyalty to the organization and membership and part of the organization. 3) After the operation factors related to satisfaction level of staffing namely commitment of staffing , satisfaction of staffing to the organization and the level of engagement of staffing to the organization higher more than before operation had significant at .05 level

Keyword : The problems and obstacles to nursing productivity

¹ โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

สภาพสังคมและเศรษฐกิจของไทยปัจจุบัน เป็นสภาพที่อยู่ในภาวะวิกฤตทั้งในด้านทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ทั้งปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ผลผลิตด้อยคุณภาพ ไม่เป็นที่พอใจของผู้บริโภค การแข่งขันสูงขึ้น หน่วยงานหรือบริษัทต่าง ๆ จะอยู่รอดได้ต้องมีการปรับปรุงตัวเองอยู่เสมอ การเพิ่มผลผลิตก็เป็นแนวทางในการปรับปรุงประสิทธิภาพ คุณภาพ ลดต้นทุน ทำให้เรารู้สึกกับคู่แข่งได้ การเพิ่มผลผลิตเป็นสิ่งที่ทุกคนในองค์กรต้องพยายามทำให้การผลิดขององค์กรดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นองค์กรจึงต้องพยายามหาวิธีการเพิ่มผลผลิตในทุกวิถีทาง เพื่อที่จะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการที่จะทำให้การผลิดสินค้าเพียงพอกับความต้องการของลูกค้า โดยพยายามให้เกิดการสูญเสียน้อยที่สุด หรือไม่มีการสูญเสียใด ๆ เลยในกระบวนการผลิต ซึ่งก็จะเป็นการประหยัดทรัพยากรที่มีให้ใช้ได้อย่างคุ้มค่า ดังนั้นความสำคัญของการเพิ่มผลผลิต มีดังนี้คือ 1) ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงวิธีการทำงานของตนเองหรือของหน่วยงานของตน 2) ช่วยให้มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาสู่กระบวนการผลิต 3) ช่วยให้มีการพัฒนาและทักษะในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น 4) ช่วยให้ลูกค้าได้รับบริการที่มีคุณภาพ 5) ช่วยทำให้คนงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 6) ช่วยให้องค์กรสามารถแข่งขันกับคู่แข่งในด้านคุณภาพและบริการ และ 7) ช่วยทำให้ลดต้นทุนในการดำเนินงาน ความผูกพันต่อองค์กร (Employee Engagement) นับเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นอย่างหนึ่งของสมาชิกองค์กร เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยนำพาให้องค์กรมีประสิทธิผลและอยู่รอดต่อไปนอกจากองค์กรต้องสามารถสรรหานักบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามาเป็นสมาชิกองค์กรแล้วการรักษาให้นักบุคลากรเหล่านั้นคงอยู่กับองค์กรอย่างมีคุณค่า ด้วยการพยายามสร้างทัศนคติของความผูกพันที่ดีกับองค์กรให้เกิดขึ้นกับสมาชิกแต่ละคนในองค์กร นับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ด้วยเหตุผลว่าความผูกพันต่อองค์กรนั้นเป็นทัศนคติที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานกับ

องค์กร เพื่อนำพาองค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้⁽¹⁾

โรงพยาบาลคอนจัน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F3 ซึ่งเปิดดำเนินการใหม่ มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 25,083 คน เปิดให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลาทำการ วันราชการ วันหยุดราชการ วันหยุดนักขัตฤกษ์ โดยมีแม่ข่ายใดแก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2559 โรงพยาบาลคอนจันได้รับประเมินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F3 และให้บริหารจัดการงบประมาณด้วยตนเอง⁽²⁾ บุคลากรทั้งหมดในปัจจุบันมีจำนวน 52 คน สำหรับบุคลากรกลุ่มการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน

เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ ผลจากการให้บริหารทางการพยาบาลตลอดจนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ ซึ่งการที่จะบริหารให้มีประสิทธิภาพได้นั้นสิ่งสำคัญก็คือบุคลากรทางการพยาบาล ถ้าบุคลากรมีความรักความผูกพันต่อองค์กร ก็จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าบุคลากร มีความผูกพันในองค์กร และความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า ความปลอดภัยในการทำงาน ค่าตอบแทนล่วงเวลา เครื่องมือและอุปกรณ์ขาดแคลน ขาดการสื่อสารนโยบาย

ขาดความร่วมมือ ขาดความเข้าใจในบริบทงาน ของบุคลากร ขาดวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดทักษะ ความรู้วิชาการ ที่จะเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน⁽³⁾

ความผูกพันต่อองค์กรเป็นตัวผสมความเป็นหนึ่งเดียวกันขององค์กร ที่กำลังเกิดช่องว่าง จนทำให้กระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพอาจลดลง ขณะที่บางองค์กรกลับให้ความสำคัญเรื่องการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรมากกว่าการสร้างผูกพันให้เกิดขึ้นในองค์กรเสียอีก ซึ่งในการสร้างความผูกพันกับองค์กรนั้นจะต้อง ครอบคลุมประเด็นปัญหา อันได้แก่ กระบวนการ สื่อสารอย่างชัดเจนถึงความเชื่อมโยงระหว่าง

ผลการปฏิบัติงานและผลตอบแทน สร้างความมั่นใจในการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ จัดอุปสรรคในการทำงานที่สามารถส่งผลกระทบในเชิงลบต่อการสนับสนุนพนักงาน การเลือกคนให้เหมาะสมกับงานโดยคำนึงถึงคุณสมบัติของตำแหน่งงานและความสามารถ การติดตามและพัฒนาระบบราชการในการทำงานโดยผู้นำต้องมีความสามารถและมีรูปแบบการบริหารงานที่เหมาะสมเพื่อจูงใจพนักงาน มุ่งเน้นถึงผลตอบแทนที่ไม่ได้อยู่แค่ในรูปของเงินเท่านั้น เช่น โอกาสการเติบโตในหน้าที่การงาน การพัฒนาในด้านต่างๆ และการยกย่องชมเชยพนักงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ⁽⁴⁾ ชีระดาภิญญา (2556) ได้ทำวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์องค์ประกอบความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า องค์ประกอบความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความมุ่งมั่นต่อองค์กร การปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ความภาคภูมิใจ และ ความสุขในงาน

จากสภาพปัญหาการดำเนินการดังกล่าว ผู้ศึกษา จึงได้ทำการศึกษา ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน (โรงพยาบาลเปิดใหม่ขนาด F3) ปีงบประมาณ 2560 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน (โรงพยาบาลเปิดใหม่ขนาด F3) และสร้างความผูกพันต่อองค์กร เพื่อให้บุคลากรซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานมีทัศนคติที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ และการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ ในระบบบริการสาธารณสุข อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน ปีงบประมาณ 2560 และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน (โรงพยาบาลเปิดใหม่ขนาด F3) ปีงบประมาณ 2560 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ได้มุ่งศึกษาจากสถานการณ์จริงของพื้นที่หน่วยปฏิบัติการและได้รับประโยชน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการ และบุคลากรโรงพยาบาลคอนจัน ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลคอนจัน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จากประชาชนผู้มารับบริการ โรงพยาบาลคอนจันจำนวน 60 ราย บุคลากรสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาลคอนจันจำนวน 35 ราย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคอนจันจำนวน 14 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับประชาชนที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาลโรงพยาบาลคอนจัน มีทั้งหมด 12 ข้อ ในแต่ละข้อผู้ทำต้องเลือกตอบเพียงข้อเดียว โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽⁵⁾

2. แบบประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจของบุคลากร ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความผูกพันของบุคลากร ระดับความพึงพอใจ

ของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ในแต่ละข้อผู้ทำต้องเลือกตอบเพียงข้อเดียว โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽⁵⁾

มากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁽⁶⁾

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 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) คือการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ วิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยพิจารณาจากสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปจึงจะยอมรับว่าเครื่องมือมีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้⁽⁵⁾ เพื่อนำไปใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ (Pre Research Phase) โดยการ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย และติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย เพื่อประชุมและชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย (Research Phase) มี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน ปีงบประมาณ 2560 ความพึงพอใจ และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ในการสร้างความรู้ (Appreciation) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) เป็นแผนกลยุทธ์ในการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร กระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์เสริมสร้างความผูกพันของบุคลากร โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ขั้นการดำเนินงานตามแผน (Do) 1) การดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ การสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) การประเมินตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อพัฒนาส่วนขาด 3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับโรงพยาบาล ทุกเดือน 4) กระบวนการสร้างคุณค่าให้กับงาน และการยกย่องเชิดชูผู้ปฏิบัติงานดีเด่น

3. ขั้นการตรวจสอบ (Check) โดย 1) การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) 2) การสังเกตการมีส่วนร่วมและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

4. ขั้นการปรับปรุงแก้ไข (Act) ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ และผลประเมินการพัฒนา

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluate Phase)

โดยการประเมินผลจาก แบบประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ สถิติอนุมาน

เปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังการดำเนินการด้วยสถิติ Paired t – test ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัยครั้งนี้ดังนี้ ผู้วิจัยนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่วิจัยด้วยตนเอง และอธิบายให้กลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจต่อเจ้าหน้าที่ โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อม หรือไม่สมัครใจ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน สร้างความมั่นใจกับเจ้าหน้าที่ว่าจะนำผลการดำเนินงานไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น หากจะต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เกี่ยวข้องทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

ผลการศึกษา

1. ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน และ ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอย่างไร และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน และ ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

บริบทโรงพยาบาลดอนจาน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดขนาด F 3 ซึ่งเปิดดำเนินการใหม่ โดยเปิด

ดำเนินการเมื่อ วันที่19 สิงหาคม พ.ศ.2556 มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 25,083 คน เปิดให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลาทำการ วันราชการ วันหยุดราชการ วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 08.30 น. – 20.30 น. โดยมีแม่ข่ายได้แก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ บริหารจัดการด้านงบประมาณต่าง ๆ

ปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลดอนจาน ได้รับการประเมินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ ยกระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F3 และให้บริหารจัดการงบประมาณด้วยตนเอง บุคลากรทั้งหมดในปัจจุบัน มีจำนวน 52 คน สำหรับบุคลากรกลุ่มการพยาบาลประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 15 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และบุคลากรทางการพยาบาลเฉลี่ยร้อยละ 73.33 เป็นบุคลากรจบการศึกษาใหม่ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติงานไม่เกิน 3–4 ปี

กลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลดอนจานมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 46 – 60 ปีขึ้นไป และช่วงอายุ 0-15 ปีตามลำดับ สำหรับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน < 10,000 บาท และมีถิ่นที่อยู่อาศัยในอำเภอดอนจาน และร้อยละ 96 % จากแบบสอบถามผู้ป่วยเคยไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน เมื่อพิจารณาถึงความพึงพอใจด้านต่าง ๆ ที่ได้จากแบบสอบถามกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการพบว่าความพึงพอใจในภาพรวม และรายด้านได้แก่ ด้านความสะดวก ด้านผลการรักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความรู้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน พบว่าระดับคะแนนความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80) นอกจากนี้ในการดำเนินงานยัง ขาดการสื่อสาร การประสานงานที่ดีกับกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เช่น กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานชันสูตรและห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานบริหารและจัดการงานทั่วไป และด้านความรู้ และ

ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติงานยังน้อยต้องฝึกทักษะในการปฏิบัติงานและการเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ ตามที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้จัดขึ้น

2. กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการดำเนินงานทำให้ได้แผนกลยุทธ์ในการเสริมสร้างความผาสุก และความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ประกอบด้วย

ประเด็นที่ 1 ความพยายามทุ่มเทปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร มี 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ลักษณะงานส่งเสริมให้หน่วยงานพัฒนาระบบและวิธีการทำงานเพื่อให้บุคลากรของหน่วยงานปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 2) ความมั่นคงและก้าวหน้า มีการกำหนดแนวทางในการเสริมสร้างความก้าวหน้าและความมั่นคงในอาชีพและ ผู้บังคับบัญชา 3) ส่งเสริมให้หน่วยงานสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เหมาะสมกับลักษณะงานในแต่ละหน่วยงาน ให้บุคลากรมีความเชื่อถือและไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน

ประเด็นที่ 2 ความภาคภูมิใจและจงรักภักดีต่อองค์กร มี 2 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้มีความรักและผูกพันต่อองค์กร 2) ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกการสร้างบรรยากาศที่เอื้อ ต่อการทำงาน ให้บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพให้แก่องค์กร

ประเด็นที่ 3 การดำรงสมาชิกภาพและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มี 1 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) เพื่อนร่วมงาน ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติงานร่วมกัน มีความสัมพันธ์ มีความสามัคคี และความเข้าใจอันดีต่อกันอย่างมีความสุขทั้งกายและจิตใจ ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว

3. ผลของการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจของบุคลากรหลังการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.83 σ = 0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านภาระงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.12 σ = 0.76) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.65 σ = 0.99) ด้านการแก้ปัญหาและข้อร้องเรียน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.84 σ = 0.54) ด้านความสะดวกและความปลอดภัยในการทำงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.73 σ = 0.91) ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.79 σ = 0.74)

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันของบุคลากรหลังการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.80 σ = 0.72) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบทบาทความสำคัญต่อหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.00 σ = 0.69)

ด้านการให้อำนาจตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.87 σ = 0.70) ด้านการยกย่องชมเชยและให้รางวัล อยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 3.56 σ = 0.61) ด้านโอกาสที่เท่าเทียม อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.62 σ = 0.70) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.75 σ = 0.84) ด้านการสื่อสารภายในหน่วยงาน อยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 3.98 σ = 0.67)

3.3 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานหลังการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลคอนจัน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.53 σ = 1.02)

3.4 ระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานหลังการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.84 σ = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.72 σ = 0.74) ด้านการยอมรับเป้าหมายและนโยบายของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.79 σ = 0.66) ด้านการทุ่มเทความพยายามในการทำงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.66 σ = 1.08) ด้านความห่วงใยในอนาคตของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.11 σ = 0.49) ด้านการดำรงความเป็นสมาชิกของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.89 σ = 0.69)

3.5 ผลการเปรียบเทียบ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจของบุคลากร ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร และระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร หลังการดำเนินงานบุคลากร โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจของบุคลากร ปัจจัยเกี่ยวข้องกับ ความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร และระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร หลังการดำเนินงาน สูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ และ เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ⁽⁷⁾ สุนทรีสนทนา⁽⁸⁻¹⁰⁾ ร่วมกับการใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่ม⁽¹¹⁾ โดยเริ่มจาก ขั้นตอน

การวางแผน ได้ดำเนินการ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบ รวมทั้งร่วมประชุมระดมความคิดเห็นในการกำหนดปัจจัยเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากร 2) สำรวจบริบท ความพึงพอใจ ความผูกพันต่อองค์กร และปัจจัยเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากร 3) ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากร 4) กำหนดวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์เสริมสร้างความผูกพันและความผูกพันของ บุคลากรที่มีต่อองค์กร และกิจกรรมในการดำเนินงาน ในการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการดำเนินงานทำให้ได้ แผนกลยุทธ์ในการเสริมสร้างความผูกพัน และความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ความพยายามทุ่มเทปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร มี 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ลักษณะงานส่งเสริมให้หน่วยงานพัฒนาระบบและวิธีการทำงานเพื่อให้บุคลากรของหน่วยงานปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 2) ความมั่นคงและก้าวหน้า มีการกำหนดแนวทางในการเสริมสร้างความก้าวหน้าและความมั่นคงในอาชีพและ ผู้บังคับบัญชา 3) ส่งเสริมให้หน่วยงานสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เหมาะสมกับลักษณะงานในแต่ละหน่วยงาน ให้บุคลากรมีความเชื่อถือและไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน

ประเด็นที่ 2 ความภาคภูมิใจและจงรักภักดีต่อองค์กร มี 2 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ คำตอบแทนและสวัสดิการ เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้มีความรักและผูกพันต่อองค์กร 2) ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกการสร้างบรรยากาศที่เอื้อ ต่อการทำงานให้บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพให้แก่องค์กร

ประเด็นที่ 3 การดำรงสมาชิกภาพและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มี 1 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) เพื่อนร่วมงาน ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติงานร่วมกัน มีความสัมพันธ์ มีความสามัคคี และความเข้าใจอันดีต่อกัน

อย่างมีความสุขทั้งกายและจิตใจ ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว

ขั้นการดำเนินงานตามแผน (Do) ประกอบด้วย 1) การดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ การสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) การประเมินตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อพัฒนาส่วนขาด ในการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับโรงพยาบาล ทุกเดือน

ขั้นการตรวจสอบ (Check) ประกอบด้วย 1) การประเมินผล การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) 2) การสังเกตการมีส่วนร่วมและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

ขั้นการปรับปรุงแก้ไข (Act) โดยการประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และผลประเมินการพัฒนา⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา อินจัน และกนกวรรณ เอี่ยมชัย (2555)⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหสุขภาพอนามัยบ้านทุ่งต้นศรี ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนบ้านทุ่งต้นศรีจากการสำรวจ สรุปประเด็นตามกลุ่มปัญหาหลัก ได้ดังนี้ 1) ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ปัญหาของครัวเรือนมีการกำจัดขยะมูลฝอยไม่สุลลัษณะ 3) ปัญหาน้ำประปาเป็นสนิม 4) ปัญหาการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช เมื่อประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C ในการส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชนเอง พบว่ามีประเด็นปัญหาเพิ่มเติมจากการสำรวจ คือ 1) ความต้องการบริการพื้นฐานจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่เจ็บป่วยแต่ละโรคและแต่ละอาการ 2) กลุ่มเยาวชนในหมู่บ้านยังไม่มีกรรวมกลุ่มกันอย่างชัดเจน ผู้วิจัยและชุมชนพิจารณาร่วมกันกำหนดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วยการประชุมประชาคมหมู่บ้าน ได้ให้

ความสำคัญกับปัญหาการใช้และผลกระทบจากสารเคมีทางการเกษตรเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับหนึ่ง ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการแก้ไขปัญหานั้นให้ประชาชนมีทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตร เป็นการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจ และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าเป็นฝ่ายตั้งรับ ด้วยการกำหนดการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองให้มีชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น

จากผลของการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของบุคลากร โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.83 $\sigma = 0.82$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านภาระงานอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.12 $\sigma = 0.76$) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.65 $\sigma = 0.99$) ด้านการแก้ปัญหาและข้อร้องเรียน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.84 $\sigma = 0.54$) ด้านความสะอาดและความปลอดภัยในการทำงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.73 $\sigma = 0.91$) และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.79 $\sigma = 0.74$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่อยู่ในระดับมากได้แก่ ข้าพเจ้าได้รับการพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมในการก้าวไปสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นอยู่เสมอ การเติบโตในการปฏิบัติงานของข้าพเจ้ามีความชัดเจน หน่วยงานมีการวางแผนให้ข้าพเจ้าก้าวไปสู่ตำแหน่งที่สูงกว่าได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันของบุคลากร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.80 $\sigma = 0.72$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบทบาทความสำคัญต่อหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.00 $\sigma = 0.69$) ด้านการให้อำนาจตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.87 $\sigma = 0.70$) ด้านการยกย่องชมเชยและให้รางวัล อยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 3.56 $\sigma = 0.61$) ด้านโอกาสที่เท่าเทียม อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.62 $\sigma = 0.70$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.75 $\sigma = 0.84$) ด้านการสื่อสารภายในหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.98 $\sigma = 0.67$) ระดับความพึงพอใจ

ของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานหลังการใช้กระบวนการสร้างความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานพยาบาล โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.53 σ = 1.02)

ระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.84 σ = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.72 σ = 0.74) ด้านการยอมรับเป้าหมายและนโยบายของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.79 σ = 0.66) ด้านการทุ่มเทความพยายามในการทำงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.66 σ = 1.08) ด้านความห่วงใยในอนาคตของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.11 σ = 0.49) ด้านการดำรงความเป็นสมาชิกของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.89 σ = 0.69) ผลการเปรียบเทียบ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจของบุคลากร ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร และระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร หลังการดำเนินงานบุคลากรโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มี ปัจจัยเกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจของบุคลากร ปัจจัยเกี่ยวข้องกับ ความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร และระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร สูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการในการพัฒนา ได้อาศัยผู้ที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนร่วมเข้ามาร่วมกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงาน ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดประเด็น การนำไปใช้ในพื้นที่ ตลอดจนการประเมินผล⁽⁷⁾ ส่งผลให้บุคลากรที่รับผิดชอบมีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ชมเดช (2550)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐกรณีศึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายคือข้าราชการในสังกัดกรมควบคุมโรค ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านระบบงานการมีส่วนร่วมของบุคลากร ภาวะผู้นำโครงสร้างองค์กร ค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมองค์กร และทักษะของบุคลากรมี

อิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกรมควบคุมโรคและปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกรมควบคุมโรคคือบุคลากรยังขาดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ยังไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับซึ่งได้เสนอแนะในการวิจัยไว้ว่าควรมีการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่บุคลากรคณะทำงานและควรเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีราภรณ์ จิตยะหล้า (2555)⁽¹⁵⁾ เรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลป่าสัก อำเภอเมืองลำพูน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลป่าสัก อำเภอเมืองลำพูน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาจากปัจจัยทั้ง 8 ด้าน ดังนี้ความเป็นประโยชน์ต่อสังคม การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความก้าวหน้าและ มั่นคงในการงาน สิทธิส่วนบุคคล การพัฒนาศักยภาพและการใช้ขีดความสามารถของบุคคล ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน โดยรวมค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมและสภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพตามลำดับและเมื่อพิจารณารายข้อมีเพียง 3 ข้อย่อย ที่มีระดับคุณภาพ ชีวิตอยู่ในระดับน้อย คือค่าตอบแทนที่ได้รับเพียงพอต่อรายจ่ายประจำวัน ที่ทำงานมีกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพการออกกำลังกายสม่ำเสมอและในระหว่างวันบุคลากรมีเวลาออกกำลังกายอย่างเพียงพอ แนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานเพื่อให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรพบว่าต้องการให้หน่วยงานจัดสวัสดิการเพิ่มขึ้นและพิจารณาขึ้นเงินเดือนอย่างยุติธรรม รวมถึงการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความสามัคคีของบุคลากรเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหาร ควรให้ความสำคัญและความรู้สึที่ดีกับบุคลากรใช้รูปแบบการปกครองในรูปแบบครอบครัวสร้างความรู้สึกเป็นพี่-น้อง มากกว่านายจ้างลูกจ้าง เพื่อให้

เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีความยุติธรรม และการเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกน้องเนื่องจากส่วนหนึ่งของเจตนาของผู้ที่เข้ามาทำงานในองค์กรนี้เป็นการทำเพื่อศาสนา ดังนั้นผลตอบแทนอาจเป็นเรื่องรองในการตัดสินใจทำงานในองค์กรนี้

2. ใ้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารงานเพิ่มขึ้น ใ้วางใจเมื่อมอบหมายงานให้ และดักเตือนผู้ที่ทำผิดโดยตรงเพื่อแก้ไขรวมทั้งใ้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและเป้าหมายขององค์กร

3. ส่งเสริมใ้มีการฝึกอบรม พัฒนาความรู้ ทักษะ วิทยาการใหม่ๆ ใ้แก่บุคลากรในองค์กร สนับสนุนใ้มีการศึกษาต่อในสาขาที่เอื้อต่อการทำงานใ้บุคลากรใ้รู้สึกว่างานนั้นมีความท้าทายและมีความก้าวหน้า

4. สนับสนุนงบประมาณใ้กับโครงการใหม่ๆ ที่ครูเห็นว่าจะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรถึงแม้จะอยู่นอกเหนือแผนที่วางใ้ตามความเหมาะสม เนื่องจากบางโครงการอาจเป็นกรณีเร่งด่วนหรือเป็นโครงการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ปัจจุบัน

5. ควรใ้ความสำคัญกับระบบการพิจารณาความดีความชอบ ระบบการใ้รางวัลตลอดจนสวัสดิการผลตอบแทนต่างๆ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและเป็นการสร้างความรู้สึกลูกผูกพันต่อองค์กรใ้กับบุคลากร

6. จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความผูกพันของคนในองค์กร เช่น การจัดกีฬาสัมพันธ์ของบุคลากรทั้งโรงเรียน เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองในองค์กรใ้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญวุฒิ บุญชม. ความผูกพันต่อองค์กร : ศึกษาเฉพาะกรณีบุคลากรโรงเรียนอิสลามสันติชน. ภาคนิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม) คณะพัฒนาลังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2553
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2559 (เอกสารอัดสำเนา)
3. โรงพยาบาลดอนจาน. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลดอนจาน. 2559. (เอกสารอัดสำเนา)
4. ชีระดา ภิญโญ. การวิเคราะห์องค์ประกอบความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. สถาบันวิจัยและพัฒนา, 2556.
5. บุญชม ศรีสะอาด.(2545) การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
6. Best, John W. (1981) Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
7. ชัชวาลย์ ทัดศิวัช. ความใ้วางใจกับการมีส่วนร่วมทางการเมือง. กรุงเทพฯ: รัฐสภาสาร., 2551
8. สพล ศิริไสย์. วิธีการสนทนาแบบมนุษยสัมพันธ์มนุษย และการเปลี่ยนวิธีคิดด้วยการฟังอย่างลึกซึ้ง. สำนักงานทรานส์ทิม เครือข่ายการวิจัยบูรณาการกลุ่มน้ำท่าเงิน-แม่กลอง คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.2548.
9. วิสูตร โพธิ์เงิน. การใช้สุนทรียสนทนาเพื่อพัฒนาความสามารถในการตั้งคำถามของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีสาขาวิชาการประถมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน ,2556
10. ชาญวุฒิ บุญชม. ความผูกพันต่อองค์กร : ศึกษาเฉพาะกรณีบุคลากร โรงเรียนอิสลามสันติชนภาคนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม) คณะพัฒนาลังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2553
11. Lewin, K. Principles of psychology typology. New York: McGraw-Hill, 1936.
12. Stufflebeam, D.L., et al. Educational Evaluation and Decision – Making, Illinois : Peacock Publishers., Inc., 1971.
13. จันทวีจิรา อินจิน และนกวรรณ เอี่ยมชัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาละอองน้ำท่วมบ้านทุ่งคันศรี ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 22 ฉบับที่ 1: มกราคม-เมษายน 2555
14. พรทิพย์ ชมเดช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ: กรณีศึกษากองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2550.
15. ชีราภัทร จิตยะหล้า. คุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร องค์การบริหารส่วนตำบลป่าสัก อำเภอเมืองลำพูน. ภาคนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนอร์ทเชียงใหม่., 2555.

การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับเด็กวัยเรียน

Development of mental health literacy indicators for School-aged Children

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ¹, นฤพร พงษ์คุณากร², วีระชัย เชื้อนแก้ว², ศิริวรรณ ไบตระกูล³

บทคัดย่อ

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิต และความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการคิด ซึ่งหากเด็กวัยนี้มีระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของตนเอง การประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนของประเทศไทย ยังไม่มีเครื่องมือที่ประเมินผลได้เฉพาะเจาะจง การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งสังเคราะห์ตัวบ่งชี้ ระบองคัประกอบร่วมที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้ และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาในครั้งนี้เป็นเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา อายุระหว่าง 10-12 ปี ในพื้นที่จังหวัดลำปาง จำนวน 406 คน ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่วิจัยได้แก่แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (ฉบับนักเรียนประเมินตนเอง) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการวิจัยพบว่า ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียนมีจำนวน 28 ตัว ทุกตัวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถจัดกลุ่มเข้าองค์ประกอบได้ 3 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้ สามารถอธิบายตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 67.346 ซึ่งประกอบด้วย 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 10 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .579 ถึง .924 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 10 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 579 ถึง .867 และ 3) องค์ประกอบด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต มีจำนวน 8 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .565 ถึง .848

คำสำคัญ การพัฒนาตัวบ่งชี้ การรู้เท่าทันสุขภาพจิต เด็กวัยเรียน

Abstract

Mental health literacy (MHL) is associated with the likelihood of sustaining mental health illness, and an ability to prevent and reduce the severity of mental health problems. School-age children experience physical and cognitive changes which can affect their psychological wellbeing. Promoting mental health literacy among school-age children is therefore warranted in order to promote psychological wellbeing and prevent mental health problems. However, there is no indicator that can be used to guide MHL assessment and responsive intervention in this population. The purpose of this study was to synthesize indicators for mental health literacy of school-aged children and identify common elements that explain the relationships between the indicators and examine construct validity of the assessment tool of mental health literacy for children. A sample of 406 children aged between 10-12 years.. A self-rating instrument was used to assess mental health literacy. The researchers analyzed by Exploratory factors analysis .

The results of this research were found that the mental health literacy for school-aged children were 28 indicators, and all achieved content validity. The indicators can be grouped into 3 components and explain 67.346 % of the indicators. The first component was knowledge about mental health and mental health disorder which consists of 10 indicators with factor loading between 0.579 and 0.924. The second component was attitude about mental health and mental health disorder consisting of 10 indicators with factor loadings between 0.579 and 0.867. The third component was the ability to recognize mental health problems, prevention and management of mental health problems consisting of 8 indicators with factor loadings between 0.565 and 0.848.

Keywords: Indicators development, Mental health literacy, School-aged Children,

¹ หัวหน้าภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง อ เมือง จ ลำปาง

² อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง อ เมือง จ ลำปาง

³ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง อ เมือง จ ลำปาง

บทนำ

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว⁽¹⁾ บุคคลที่มีรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต⁽²⁾ ในต่างประเทศมีการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น⁽³⁾ กลุ่มประชาชนทั่วไป⁽⁴⁾ กลุ่มนักเรียนผดุงครรภ์⁽⁵⁾ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽⁶⁾ เป็นต้น การศึกษาระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มต่างๆ จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับประชาชน⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัยอย่างชัดเจน

เด็กวัยเรียน (school age) เป็นช่วงวัยที่มีอายุที่มีอายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่เริ่มเรียนหนังสืออย่างจริงจัง เริ่มเรียนรู้ค่านิยมของสังคมจากกลุ่มเพื่อน หรือครู มีการพัฒนาความคิดเชิงวิเคราะห์และเปรียบเทียบได้⁽⁸⁾ ซึ่งช่วงวัยดังกล่าวเป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ไป หากเด็กวัยนี้ประสบความสำเร็จในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะทำให้เป็นคนที่เชื่อมั่นในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเองและมีอัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้น แต่ถ้าประสบความสำเร็จล้มเหลวจะรู้สึกเป็นปมด้อย อาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาด้านอารมณ์ได้⁽⁹⁾ หากเด็กวัยนี้มีระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของตนเอง ซึ่งการรู้เท่าทันสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิตและความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลด

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต การเผชิญปัญหาต่างๆ ในชีวิต⁽¹⁰⁾

ปัจจุบันในประเทศไทยพบเพียงการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของคนไทย โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพจิต ความสุข และความเครียดของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต แต่ยังไม่พบว่ามีประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิตและความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนของประเทศไทย ยังไม่มีเครื่องมือที่ประเมินผลได้เฉพาะเจาะจง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต โดยผ่านกระบวนการพัฒนาตัวบ่งชี้และวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างสุขภาพจิต และป้องกันการเกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1 เพื่อสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียน
- 2 เพื่อระบอบุคประกอบร่วมที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียน
- 3 เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียน

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่เด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อายุ 10 – 12 ปี ศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เขต 1 ในเขตพื้นที่เขตเทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 4,227 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อายุ 10 – 12 ปี ศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 ในเขตพื้นที่เขตเทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จากการคำนวณโดยใช้ Taro Yamane ได้ 406 คน โดยใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling)

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น สถานภาพของบิดามารดา จำนวนพี่น้องในครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดามารดา รายได้ของบิดามารดา และลักษณะครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (ฉบับนักเรียนประเมินตนเอง) ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต เป็นแบบทดสอบถูกผิดจำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินความเชื่อ และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 18 ข้อ รวมทั้งสิ้น 28 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of congruence: IOC) พบว่าทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินด้านความรู้ ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.66 ส่วนแบบประเมินความเชื่อ และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยวิธี Cronbach alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัมภาษณ์ด้วยวิธีการรู้เท่าทันสุขภาพจิต โดยศึกษาเอกสารและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อกำหนดคำถามหรือคำจำกัดความ

ของการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารนำไปกำหนดเป็นตัวบ่งชี้ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบความเที่ยงของตัวบ่งชี้ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อระบ้องค์ประกอบร่วมของตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต

2.1 จัดทำแบบสอบถาม นำไปเก็บในเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา อายุระหว่าง 10-12 ปี ในพื้นที่จังหวัดลำปาง โดยก่อนเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ข้อมูลจากผู้วิจัย และได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่างก่อนทำแบบสอบถาม

2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนทั้งหมด พบว่า แบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 406 ฉบับ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายลักษณะข้อคำถามชี้แจงการไม่เปิดเผยชื่อสกุลและโรงเรียนของผู้ให้ข้อมูล และอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยหากลำบากใจที่จะให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบใดๆ พร้อมทั้งทำหนังสือขออนุญาตจากผู้ปกครองเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลยังไม่บรรลุนิติภาวะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวบ่งชี้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจโดยสกัดองค์ประกอบ ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก และหมุนแกนองค์ประกอบแบบหมุนากด้วยวิธีแวนแมกซ์โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอายุระหว่าง 10-12 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.5 เพศชายร้อยละ 36.5 ส่วนใหญ่ศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อย

ละ 40.1 พบเป็นบุตรคนเดียวมากที่สุด ร้อยละ 52.0 บิดามารดามีสถานะภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 68.2 บิดามีอายุในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.8 บิดามีอายุในช่วง 31- 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 54.4 ระดับการศึกษาของบิดาอยู่ในระดับอนุปริญญา-ปริญญาตรีมากที่สุดคือ ร้อยละ 33.0 ระดับการศึกษาของมารดาอยู่ในระดับอนุปริญญา-ปริญญาตรีมากที่สุดคือ ร้อยละ 36 บิดาประกอบอาชีพรับราชการ/วิสาหกิจ มากที่สุดร้อยละ 24.9 มารดาประกอบอาชีพค้าขาย มากที่สุดร้อยละ 21.4 และลักษณะของครอบครัว พบว่าอยู่กับบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 83.7

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 ผลการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียนได้ 28 ตัวบ่งชี้ โดยทุกตัวผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

2.2 ผลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อระบุองค์ประกอบร่วมของตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียน พบว่า

1) ผลการทดสอบความเหมาะสมของชุดตัวแปรที่นำมาศึกษาโดยการวิเคราะห์ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy พบค่า KMO เท่ากับ 0.871 แสดงว่าตัวแปรชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบในระดับดีมากตามเกณฑ์ของ Kim and Mueller (อ้างในนงลักษณ์, 2538) และผลการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าสหสัมพันธ์ของตัวบ่งชี้แตกต่างจากเมตริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ตัวแปรต่างๆมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 แสดงว่าตัวแปรเหล่านี้สามารถนำไปใช้วิเคราะห์องค์ประกอบได้

2) ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) พบค่าความร่วมกัน (Communality) ของตัวบ่งชี้แต่ละตัวที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัยเรียน รวมทั้งหมดจำนวน 28

ตัว มีค่าอยู่ระหว่าง 0.476-0.862 เป็นค่าความร่วมกันขนาดปานกลางถึงมากมีแนวโน้มที่น่าจะสามารถเข้าอยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้

3) ผลการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) พบว่าตัวบ่งชี้ที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 28 ตัวสามารถจัดกลุ่มเข้าองค์ประกอบ (Component) ได้จำนวน 3 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigenvalue) เกิน 1.00 และความแปรปรวนขององค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถอธิบายตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 67.346

ตาราง 1 ค่าไอเกน ร้อยละความแปรปรวนร่วม และร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วมในแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวนร่วม	ร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วม
1	5.248	23.199	23.199
2	5.005	22.905	46.104
3	3.914	21.242	67.346

จากตาราง 2 แสดงค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนร่วม และร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วมในแต่ละองค์ประกอบ จำนวน 3 องค์ประกอบ ซึ่งพบว่ามีค่าไอเกน (Eigen values) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 3.914 – 5.248 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 21.242 – 23.199 และความแปรปรวนขององค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ สามารถอธิบายตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 67.346

4) ผลการระบุชื่อองค์ประกอบ จากการระบุองค์ประกอบร่วมได้ 3 องค์ประกอบ เมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบแล้ว สามารถกำหนดชื่อองค์ประกอบ ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต

องค์ประกอบที่ 2 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต

องค์ประกอบที่ 3 ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แสดงค่าความแปรปรวน ความแปรปรวนร่วม และค่า

น้ำหนักองค์ประกอบ ของตัวบ่งชี้ในแต่ละด้าน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 ถึง 4

ตาราง 2 น้ำหนักองค์ประกอบ ของตัวบ่งชี้ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ
1. ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่ร่าเริงและอารมณ์ดีอยู่เสมอ	0.716
2. ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่ยอมรับปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหา	0.780
3. ผู้ที่ป่วยทางจิตทุกคนจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น	0.616
4. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนที่มึนงงใจอ่อนแอ	0.597
5. ยาเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยทางจิต	0.865
6. การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความผิดปกติของสารในสมอง	0.876
7. การป่วยทางจิตถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้	0.841
8. การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น	0.924
9. การรักษาอย่างทันที่ว่าจะช่วยแก้ไขปัญหาด้านจิตได้	0.854
10. การปรึกษาปัญหากับพ่อแม่หรือคุณครูจะช่วยป้องกันการป่วยทางจิตได้	0.871
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 5.248 ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 23.199 ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 23.199	

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 5.248 ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 23.199 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 10 ตัวบ่งชี้ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.579 ถึง 0.924

โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบต่ำสุด ได้แก่ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนที่มึนงงใจอ่อนแอ

ตาราง 3 น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ
1. การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีสาปลงโทษ หรือโดนสาปแช่ง	0.848
2. การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากเวรกรรมที่ทำไม่ดีมาในอดีต	0.799
3. ทุกคนมีโอกาสที่จะป่วยทางจิตได้	0.565
4. การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องที่น่าอับอาย	0.844
5. ผู้ที่ป่วยทางจิตเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม	0.662
6. ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้	0.666
7. การบอกถึงอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองจะทำให้การแก้ไขปัญหามีได้	0.763
8. เมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ เราสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	0.785
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 5.005 ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 22.905 ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 46.104	

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 5.005 ร้อยละของความ

แปรปรวนเท่ากับ 22.905 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 8 ตัวบ่งชี้ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.565 ถึง 0.848 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ การ

เจ็บป่วยทางจิตเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีสาหัส โทษ หรือ
การโดนสาปแช่งส่วนตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ

ต่ำสุด ได้แก่ ทุกคนมีโอกาสที่จะป่วยทางจิตได้

ตาราง 4 น้ำหนักองค์ประกอบ ของตัวบ่งชี้ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ
1.ฉันเป็นคนคิดมากและมักจะคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องที่ไม่สำเร็จ	0.726
2.เวลาเครียดฉันจะนอนไม่หลับ หรือฝันร้าย	0.583
3.เวลาผิดหวังฉันจะรู้สึกท้อแท้มาก จนไม่มีความสุข	0.579
4.ฉันมักจะตั้งความหวังกับทุกเรื่อง และพยายามทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบที่สุด	0.814
5.ฉันบอกหรือเล่าความรู้สึก/อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ให้กับพ่อแม่หรือคุณครู	0.867
6.เวลาไม่สบายใจ ฉันจะพูดคุย ระบายกับเพื่อนหรือคนใกล้ชิด	0.670
7.เวลาเครียดฉันจะออกไปเล่นหรือทำกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนให้เพลิดเพลิน	0.720
8.เวลาไม่สบายใจ ฉันจะเก็บตัวอยู่คนเดียวเพื่อคิดหาทางแก้ไขปัญหา	0.614
9.ถ้าฉันเครียดมากฉันจะไปขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ หรือคุณครู	0.699
10.ฉันพร้อมที่จะปรึกษาจากแพทย์ ถ้าหาการช่วยเหลือจากพ่อแม่และคุณครูไม่ได้ผล	0.685
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 3.914 ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 21.242 ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 67.346	

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบด้าน
ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการ
จัดการปัญหาทางจิต มีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ
3.914 ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 21.242
ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 10 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีค่าน้ำหนัก
องค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.579 ถึง 0.867 โดยตัวบ่งชี้ที่มี
น้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ ฉันบอกหรือเล่า
ความรู้สึก/อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ให้กับพ่อแม่หรือคุณครู
รองลงมาคือ ฉันมักจะตั้งความหวังกับทุกเรื่อง และ
พยายามทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบที่สุด ส่วนตัวบ่งชี้ที่มี
น้ำหนักองค์ประกอบต่ำสุด ได้แก่ เวลาผิดหวังฉันจะรู้สึก
ท้อแท้มาก จนไม่มีความสุข

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็ก
วัยเรียน พบว่าตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพตามเกณฑ์
มาตรฐานสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินการรู้เท่า
ทันสุขภาพจิต ข้อความที่เป็นรายการคำถามใช้ภาษาที่
เข้าใจง่ายทำให้เด็กวัยเรียนในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 -6
สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น
ประกอบด้วย 3 ส่วน มีตัวบ่งชี้ทั้งหมดจำนวน 28 ตัว ทุก
ตัวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิง

โครงสร้าง และความมีความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์
มาตรฐานของเครื่องมือประเมิน⁽¹¹⁾ ทั้งนี้จากการวิเคราะห์
องค์ประกอบตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับเด็กวัย
เรียน จำนวน 28 ตัวบ่งชี้ พบว่ามีค่าน้ำหนักอยู่ระหว่าง
0.476-0.862 เป็นค่าความร่วมกันขนาดปานกลาง ซึ่งเป็น
ระดับที่น่าเชื่อถือในการประเมินตัวบ่งชี้การรู้เท่าทัน
สุขภาพจิต⁽¹²⁾ โดยสามารถจัดกลุ่มเข้าองค์ประกอบ
(component) ได้ 3 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่
วิเคราะห์ได้ สามารถอธิบายตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 67.346 และ
เมื่อพิจารณาจากค่าไอเก้น จะพบว่าองค์ประกอบด้าน
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มี
ค่าสูงสุดเท่ากับ 5.248 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ
สูงสุด ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจะทำให้
ความเครียดเพิ่มขึ้น รองลงมาคือการปรึกษาปัญหาพ่อแม่
แม่หรือคุณครูจะช่วยป้องกันการป่วยทางจิตได้ จะเห็นได้
ว่าการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตควรเริ่มต้นที่การให้
ความรู้แก่เด็กวัยเรียนเพื่อให้เกิดความตระหนักและ
สามารถป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้ ตัวบ่งชี้ที่มี
น้ำหนักองค์ประกอบสูงเป็นกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมให้
เกิดได้โดยง่ายในเด็กวัยเรียน และสามารถสอดแทรกได้ทั้ง
ในกระบวนการเรียนการสอนและการใช้ชีวิตประจำวัน

องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิต พบว่าตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีสาปลงโทษ หรือการโดนสาปแช่ง รองลงมาคือการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องที่น่าอับอาย และการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากเวรกรรมที่ทำไม่ดีมาในอดีต ตัวบ่งชี้เหล่านี้เป็นไปตามความเชื่อที่ถูกสั่งสมมาจากสมัยก่อน ที่บอกต่อกันมาว่าการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเกิดจากการสิงสู่จากสิ่งชั่วร้าย ต่อมาความเชื่อได้เปลี่ยนไปคิดว่าเกิดจากความอ่อนแอทางจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นตราประทับที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบ⁽¹³⁾ ส่วนองค์ประกอบในด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต พบว่าตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ ความสามารถในการบอกหรือเล่าความรู้สึก/อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ให้กับพ่อแม่หรือคุณครู การมักจะตั้งความหวังกับทุกเรื่อง และพยายามทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบซึ่งเป็นประเด็นที่พบบ่อยในการศึกษาของไทย ที่เต็มไปด้วยการแข่งขันและการคาดหวังจากพ่อแม่ซึ่งส่งผลให้เด็กเกิดความเครียด ความผิดหวังเมื่อมาสามารถทำได้ตามที่คาดหวังเอาไว้ สอดคล้องกับวิจัยของ เอื่องกานท์ จิงยิ่งเรืองรุ่ง (2552)⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาพบว่าเด็กวัยเรียนของไทยกลัวภาวะที่กีดกันทางจิตใจและการกลัวแพทย์ และการกลัวความล้มเหลว พ่ายแพ้ และถูกตำหนิติเตียน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีความสอดคล้องหลักการของการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Mental health literacy) ที่ Jorm et al. (2006)⁽¹¹⁾ ได้กล่าวไว้ว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต เป็นการตระหนักของบุคคลถึงปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งเป็นสามารถในการจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และยังรวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษามวลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต การทราบถึงแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการป้องกันแก้ไข ปัญหาทางจิตอีกด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Langlands et al.

(2008)⁽²⁾ ที่อธิบายไว้ว่าบุคคลที่มีรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อที่จะทำให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขได้นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนและหาแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาอันเนื่องจากการขาดการรู้เท่าทันสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾

การพัฒนาตัวบ่งชี้ในครั้งนี้จะช่วยให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในช่วงเด็กวัยเรียน ในระดับชั้น ป 4-6^(1,7) และถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการที่บุคคลรู้เท่าทันสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้านคือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและผิดปกติทางจิต และความสามารถเกี่ยวกับการรับรู้/การตระหนักในปัญหาสุขภาพจิต การจัดการปัญหาสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในระดับที่ดีส่งผลทำให้การเกิดปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกายน้อยลงไปด้วย⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสุขภาพจิต และสถานศึกษาสามารถนำเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตซึ่งได้จากการวิเคราะห์ในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิตแก่เด็กวัยเรียน เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีความรู้ ความตระหนักและสามารถป้องกันแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตได้
2. เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มีความเฉพาะเจาะจงกับเด็กวัยเรียนในช่วงอายุ 10-12 ปี ซึ่งไม่อาจประเมินได้กับเด็กวัยเรียนที่มีอายุต่ำกว่าหรือสูงกว่ากลุ่มประชากรดังกล่าวได้ และตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นมีการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน ตามบริบทของประเทศไทย เมื่อนำไปใช้ในบริบทอื่น ควรมีการปรับภาษาให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่นั้นด้วย
3. ในการนำตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สามารถนำ

ตัวบ่งชี้ที่พบว่ามีความน่าเชื่อถือประกอบสูงไปเร่งรัด
พัฒนา ก่อน เช่น การให้ความรู้ในด้าน การแก้ไขความเชื่อ
ที่ผิดเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดความผิดปกติ การเผยแพร่

ความรู้เกี่ยวกับอาการและแนวทางแก้ไข แก่ครู ผู้ปกครอง
และเด็กวัยเรียน

รายการอ้างอิง

1. Jorm, A.F., Barney L.J., Christensen H., Highet N.J., Kelly C.M., & Kitchener B.A. (2006). 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.
2. Langlands R.L., Jorm A.F., Kelly C.M., & Kitchener B.A. (2008). First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders*. 105(1-3), 157-65.
3. Mc Carthy J., Bruno M., & Fernandes T.E. (2011). Evaluating mental health literacy and adolescent depression: what do teenagers "know?". *The Professional Counselor: Research and Practice*. 1(2), 133-42.
4. Kermode M., Bowen K., Arole S., Joag K., & Jorm A.F. (2009). Community beliefs about treatment and outcomes of mental disorder: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*. 123(7), 476-83.
5. McCann T.V., & Clark E. Australian Bachelor of Midwifery students' mental health literacy: an exploratory study. *Nursing and Health Science*. 12(1), 14-20.
6. Kaewprom C., Yuthavisut S., Pratoom L., & Boontum A. (2014). Mental health literacy among village health workers A case study of two sub-districts in Klong, Chantaburi. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH*. 8(1), 10-16.
7. Jorm, A.F.(2011). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, Advance online publication. doi:10.1037/a0025957
8. WHO. (2006). Multicentre Growth Reference Study Group WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatrica Supplement*. 450, 76-85.
9. Department of Mental Health. (2008). *Mental health care for school aged*. Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand.
10. Berkman, N.D., Sheridan S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2017). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 55(2), 97-115.
11. ศิริชัย กาญจนวาสี. (2550). ทฤษฎีการทดสอบแนวใหม่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. Wei, Y., McGrath, P.J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*. 15, 291
13. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2549) คู่มือจิตเวชศาสตร์ สำหรับประชาชน. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
14. เอื้องกานท์ จิยังเรืองรุ่ง (2552) . การศึกษาความกลัวของเด็กไทย สารนิพนธ์สาขาจิตวิทยาการแนะแนว.กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
15. Ganasen, K.A., Parker, S., Hugo C.J., Stein D.J., Emsley R.A., & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry*. 11, 23-28.
16. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*. 370 (9590), 859-77.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of continuing palliative care guideline in the community Nakhu hospital Kalasin Province.

ทิพวรรณ กองกาย¹

Thippawan Khongkhai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชนและผู้ดูแล กลุ่มละ 56 คน รวม 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ กระบวนการกลุ่ม แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบประเมิน และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) จากผลการดำเนินงานทำให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ ที่มุ่งให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางแพทย์ ครอบครัวและสังคม และมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ 2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกราย ได้รับการดูแลแบบองค์รวม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันดูแลเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข พระภิกษุสงฆ์ ญาติผู้ป่วย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) ผู้ดูแลและญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมากที่สุด คำสำคัญ : แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

Abstract

This research was action research aimed to Development of continuing palliative care guideline in the community Nakhu hospital Kalasin Province. Sample size were 56 end stage patients and 56 care givers total 112 persons. Research tools namely group process , questionnaire , In-depth interview , evaluation and data record. Data were analyzed by descriptive statistics namely frequency , percentile , mean and standard deviation. And qualitative data analyzed by content analysis.

The research found that 1) From the operating results had to multidisciplinary patient care guidelines Focus on the patient and family. Covering all needs. Joint work and regularly evaluated by medical personnel , Family and society. 2) all end stage patient be holistic cared for body , mind , social , the spirit was shared by the network partners in the community. Namely Subdistrict Health Promotion Hospital , public health volunteers , monk patient relatives and local administration. 3) Care givers and patient relatives had satisfaction toward the palliative care model was at the very much level.

Keyword : continuing palliative care guideline in the community

¹ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด ถึงแม้ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตออกไปมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูก และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระบบการให้คุณค่า ความเชื่อ เศรษฐกิจ ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล ดังนั้น การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่บนความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ^(1,2)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไว้ว่า เป็นวิธีการที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแล ที่เผชิญกับปัญหาเนื่องจากการเจ็บป่วยที่ถูกคามต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหาปัญหาของความเจ็บป่วยและปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกอย่างแม่นยำและครอบคลุม รวมทั้งการบำบัดมุงที่จะทำให้อาชีพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่ถูกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าว

ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย⁽³⁾

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า และเสียชีวิตอย่างสงบ สัมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยเป็นผู้ประสานงานในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นตัวแทนของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และเชื่อมต่อข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย รวดเร็ว และครอบคลุม⁽²⁾

โรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เปิดให้บริการแบบผู้ป่วยนอกเมื่อปี 2557 รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอนาคู ประมาณ 32,000 คน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 7 แห่ง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมด 142 คน เสียชีวิตแล้ว 86 ราย อยู่ระหว่างการดูแล จำนวน 56 ราย แยกเป็นราย รพ.สต. ดังนี้ รพ.สต.นาคู จำนวน 11 ราย รพ.สต.ภูแล่นช้าง จำนวน 9 ราย รพ.สต.บ้านนากระเดา จำนวน 7 ราย รพ.สต.บ้านนางาม จำนวน 6 ราย รพ.สต.บ้านจอมศรี จำนวน 7 ราย รพ.สต.โนนาจาน จำนวน 6 ราย รพ.สต.บ้านห้วยพัฒนา จำนวน 10 ราย โรคที่เป็นส่วนใหญ่อคือ โรคโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ถูกคามต่อชีวิตผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคพยาบาลนาคู ยังมีแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ประกอบกับการให้บริการต่างๆยังไม่ครอบคลุม บุคลากรทีมสุขภาพบางส่วนยังขาดความรู้ ทักษะในการประเมินขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ ที่จำเป็นในดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ส่งผลให้

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องถึงชุมชนไม่ครอบคลุม⁽⁴⁾

ผู้ศึกษาวิจัย ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า และเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงได้ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องถึงชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ⁽⁵⁾ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ระยะเวลาของการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปี 2559

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ได้แก่

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลนาคู และโรงพยาบาลอื่นๆที่ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมายังศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ ประจำปีงบประมาณ 2559 ที่กลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้านในเขต อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สมัครใจยินยอมการรับการดูแลจากทีม ใช้วิธีกำหนดตัวอย่างตามคุณสมบัติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 56 คน

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

(Purposive selection) จำนวน 56 คน

3. เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือในการวิจัย

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กระบวนการกลุ่มในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประยุกต์จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ในศูนย์ อุบลราชธานี มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ก่อนเจ็บป่วย รายได้ก่อนเจ็บป่วย ต่อปี สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการสอบถามระดับความพึงพอใจ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การให้คะแนนตามระดับความพึงพอใจ⁽⁶⁾

พอใจมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
พอใจมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
พอใจปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
พอใจน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
พอใจน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2560

การแปลความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจ คิดจากค่าเฉลี่ยจากผลคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม⁽⁷⁾ คือ

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.21 – 5.00	ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	ความพึงพอใจในระดับมาก
2.61 – 3.40	ความพึงพอใจในระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	ความพึงพอใจในระดับน้อย
1.00 – 1.80	ความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลคำมวงค์ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

2.3 แบบประเมินผู้ป่วยตาม Palliative Performance Scale

2.4 แบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton Symptom Assessment System

2.5 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเนื้อหา ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาตามคำแนะนำก่อนการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (จำนวน 30 คน) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁽⁶⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 สํารวจและเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนาคู ที่ได้รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยตาม Palliative Performance Scale แบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton

Symptom Assessment System แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.2 ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนาคู ข้อมูลความต้องการในการพัฒนาของบุคคลากร ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระบบการส่งต่อ ระบบการช่วยเหลือ

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

2. ขั้นจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.1 จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

2.2 นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

2.3 เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน ให้กับบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง

3. ขั้นดำเนินการ

3.1 เลือกผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนาคู ที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น โดยญาติหรือผู้ป่วยยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการการศึกษาวิจัย

3.2 ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

4. ขั้นประเมินผล

4.1 การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความพึงพอใจการบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้แบบประเมินอาการเจ็บป่วย

4.2 การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5. ขั้นวิเคราะห์และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจต่อการดูแลของศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ โดยการเรียงลำดับค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่ คำ หรือข้อความที่มีความหมายคล้ายกัน ให้อยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทุกท่านจะ นำไปรวบรวมและสรุป วิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำไปเผยแพร่ในลักษณะเป็นภาพรวม ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นข้อมูลของคนใดคนหนึ่ง เช่นจะไม่มีชื่อ ที่อยู่ หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่แสดงว่าเป็นตัวตนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ คำตอบของท่านจะปกปิดไว้เป็นความลับ เก็บไว้เป็นอย่างดี จะไม่มีผลกระทบต่อด้านแต่ประการใด ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในชุมชน ต่อไป

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ขออนุญาตจากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์และมีความยินดีในการตอบแบบสัมภาษณ์ พร้อมกับได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน และได้ให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการวิจัย

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาฏ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 การพัฒนาทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาฏ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ โดยการ สืบหาและเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนาฏ ที่ได้รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยตาม Palliative Performance Scale แบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton Symptom Assessment System แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบ

ประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนาฏ ข้อมูลความต้องการในการพัฒนาของบุคลากร ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระบบการส่งต่อระบบการช่วยเหลือ และ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

2. ขั้นจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และ เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3. ขั้นดำเนินการ โดยการ เลือกผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนาฏ ที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น โดยญาติหรือผู้ป่วยยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการการศึกษาวิจัย ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

4. ขั้นประเมินผล โดยการ การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความพึงพอใจการบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินอาการเจ็บป่วย การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5. ขั้นวิเคราะห์และสรุปผล

1.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ แบ่งตามระดับ PPS 3 ระยะ ที่มุ่งให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางแพทย์ ครอบครัวและสังคม และมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยในการดำเนินงานมีผู้รับผิดชอบ

ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์/จิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร/จิตอาสา ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ PCU/ OPD/ ER/ IPD/ LR/ OR พยาบาลหัวหน้าเวรและพยาบาลประจำการ ดังนี้

ระยะ 1 PPS 70% - PPS 100% ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบ ประคับประคอง การประเมินและจัดการกับอาการ รบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง การประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล ประเมินและจัดการกับความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิด กับผู้ป่วย ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหา ความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วยและ

ครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ให้ สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มี ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะ 2 PPS 40 % - PPS 60 % ทีมสห วิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบ ประคับประคอง ประเมินความสามารถและประเมิน ความเต็มใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล ในการเข้าไปเกี่ยวข้อง กับการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาและกระบวนการดูแล ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของ ผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ประเมินสภาพจิตใจของ ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย โดยประเมินจากความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแล ตนเองและความสามารถของครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วย- ให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแล ผู้ป่วย ประเมินและจัดการกับความเสี่ยงหรืออันตรายที่

อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้มตกเตียง การเกิดแผลกดทับ ให้การดูแลที่ตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวัง ของผู้ป่วย และผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทาง จิตใจ และ มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะ 3 PPS 0 % - PPS 30 %

3.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย คือ PPS 10%-30% ประเมินความเหมาะสมของการให้ยา การให้ออกซิเจนและสารน้ำ รวมทั้งให้การดูแลอย่าง เหมาะสม ปรึกษากับผู้ป่วย และผู้ดูแลเรื่องการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลรักษาในวาระสุดท้าย เช่น การใส่ท่อช่วย หายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่ บ้าน ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกาย ของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ประเมินสภาพ จิตใจของผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อ ความเจ็บป่วย โดยประเมินจากความซึมเศร้า ความวิตก กังวล ความเครียด เป็นต้น รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ประเมินความพร้อมและความโศกเศร้า ของผู้ป่วย และผู้ดูแลในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของ ชีวิต ให้การปรึกษาและจัดการกับความเศร้าโศกของ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วย และผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิด กับครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วย และผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น คิดต่อเชิญ ผู้นำศาสนาต่างๆ ที่ผู้ป่วยศรัทธาให้มาเยี่ยมผู้ป่วย และ ผู้ดูแล ตามความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล จัด สิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกที่สงบให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล ประเมินและจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดกับ ผู้ป่วย ปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วยเรื่องการส่งผู้ป่วย กลับไปอยู่ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือบ้านของผู้ป่วย ให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแล

ผู้ป่วยที่บ้าน มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 กรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม PPS 0% ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย กล่าวคำไว้อาลัยให้ผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด ให้การปรึกษาและจัดการกับความเศร้าโศกให้กับครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม

3.3 กรณีที่ผู้ป่วยมี PPS 10% - 30% ช่วงแรกหลังจากได้รับการผ่าตัด ให้การดูแลหลังผ่าตัดตามปกติ เมื่อฟื้นสภาพ จึงให้การดูแลตาม PPS level

2 ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 ผลการดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกราย ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ภาย จิต สังคม จิตวิญญาณ โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันดูแลเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข พระภิกษุสงฆ์และญาติผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลและญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($X=4.43$ S.D. = 0.65) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่อยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ($X=4.47$ S.D. = 0.68) ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ($X=4.37$ S.D. = 0.59) ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบการช่วยเหลือ/ดูแลเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ ($X=4.30$ S.D. = 0.50) เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจ/ทางเลือกในการรักษา ($X=4.44$ S.D. = 0.50)

เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ/ใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย/ญาติ ($X=4.37$ S.D. = 0.49) เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย/จิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ ($X=4.49$ S.D. = 0.54) เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจ ปลอบใจ เสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยและญาติ ($X=4.67$ S.D. = 0.49) เจ้าหน้าที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่าง ๆของผู้ป่วยและญาติ ($X=4.46$ S.D. = 0.83) เจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยความเป็นกันเองอ่อนโยน เข้าใจสภาวะของผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ($X=4.30$ S.D. = 0.76) คิดว่าการบริการที่ได้รับมีความพึงพอใจเพียงใด ($X=4.40$ S.D. = 0.88)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁽⁵⁾ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการดำเนินงานทำให้ได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้างการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งโครงสร้าง ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย เป้าหมาย ขั้นตอนการปฏิบัติ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพตามระดับ PPS 3 ระยะ โดยในการดูแลมุ่งให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางแพทย์ ครอบครัวและสังคม และมีการประเมินผล

อย่างสม่ำเสมอ โดยในการดำเนินงานมีผู้รับผิดชอบ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์/จิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร/จิตอาสา ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ PCU/ OPD/ ER/ IPD/ LR/ OR พยาบาลหัวหน้าเวรและพยาบาลประจำการ ซึ่งแนวทางในการดูแลดังกล่าวเกิดจาก ขั้นตอนในการพัฒนา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การสำรวจและเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนาเกลือ ที่ได้รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลนาเกลือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขึ้นดำเนินการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน ขึ้นประเมินผล การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ขึ้นวิเคราะห์และสรุปผล

จากผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกราย ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ภาย จิต สังคม จิตวิญญาณ โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันดูแลเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข พระภิกษุสงฆ์และญาติผู้ป่วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.43$ S.D. = 0.65) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่อยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำ/ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ($X = 4.47$ S.D. = 0.68) ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ($X = 4.37$ S.D. = 0.59)

ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบการช่วยเหลือ/ดูแลเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ ($X = 4.30$ S.D. = 0.50) เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจ/ทางเลือกในการรักษา ($X = 4.44$ S.D. = 0.50) เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ/ใส่ใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย/ญาติ ($X = 4.37$ S.D. = 0.49) เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย/จิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ ($X = 4.49$ S.D. = 0.54) เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจ ปลอบใจ เสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยและญาติ ($X = 4.67$ S.D. = 0.49) เจ้าหน้าที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยและญาติ ($X = 4.46$ S.D. = 0.83) เจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยความเป็นกันเองอ่อนโยน เข้าใจสภาวะของผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ($X = 4.30$ S.D. = 0.76) คิดว่าการบริการที่ได้รับมีความพึงพอใจเพียงใด ($X = 4.40$ S.D. = 0.88) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เดิมศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2550) กล่าวถึงหลักการของ Palliative Care หรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งในทางปฏิบัตินั้น คงไม่ต้องรอให้หมดหนทางรักษาเสียก่อน แล้วจึงพิจารณาเรื่องนี้เป็นเรื่องสุดท้าย สามารถให้ Palliative care ที่ให้แก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระบะแรกของโรคพร้อมไปกับการรักษาหลักอื่นๆ ซึ่งหลักการสำคัญสามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น“4 C” ดังนี้ 1) Centered at patient and family: ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก 2) Comprehensive: ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 3) Coordinated: เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางแพทย์ ครอบครัวและสังคม 4) Continuous: มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พระไพศาล วิสาโล (2550) กล่าว ถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม โดยสรุปได้เป็นหัวข้อดังต่อไปนี้ 1) ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ 2) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง 3) ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม 4)

ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ 5) ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวาง
สิ่งต่างๆ 6) สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ 7) กล่าวคำ
อำลา และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริินทร์
ศาสตรานุรักษ์ อวยพร ภัทรภักดีกุล (2556)⁽⁸⁾ ศึกษาการ
รับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของ
พยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
พบว่า การรับรู้ของพยาบาลโดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับ
มาก การรับรู้ของผู้ดูแลด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับ
มาก ด้านสังคมและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง
และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลระหว่างพยาบาลกับ
ผู้ดูแลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
สรุปพยาบาลและผู้ดูแลมีการรับรู้แตกต่างกันในทุกมิติ
ของการดูแล การรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมากและ
สูงกว่าของผู้ดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้น
ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การเพิ่มพูนความรู้
และศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้าน
จิตสังคมและจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับการศึกษา
ของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ (2013)⁽⁹⁾ ได้ศึกษา การ
แบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคอง
สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ความพร้อมในการ
เผชิญหน้ากับความตาย ซึ่งแต่ละคนจะมีเหตุผล มุมมอง
และประสบการณ์ที่แตกต่างกันไม่สามารถตัดสินได้ว่า
เหตุผลของบุคคลใดถูกหรือผิด แต่ถ้าตั้งคำถามใหม่ว่า ถ้า
ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนที่จะลาโลกนี้ไป ให้ขอพรได้ 1 ข้อ
เราปรารถนาอะไรเป็นครั้งสุดท้าย คำตอบของคนส่วนใหญ่
มากกว่าร้อยละ 90 คงเป็นขอให้สุขสบายไม่ต้องทน
ทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต สิ่งสำคัญที่จะทำให้ไม่ต้อง
ทนทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต เป็นสิ่งที่เราทุกคน
สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ แต่ต้องมีการเตรียมความพร้อม
ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ต้องพึงการ
ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) พยาบาลเป็น
บุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล
ผู้ป่วยระยะท้าย และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณ
ภรณ์ พัฒนิบูลย์ จีรพันธ์ ประทุมอ่อน จุฬาลักษณ์ แก้ว
มะไฟ (2555)⁽²⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลแบบ

ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังใน
ระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการดูแลแบบ
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
ระยะสุดท้าย มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกวินิจฉัยภาวะ
เจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงหลังการสูญเสีย
ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อความไว้วางใจ
การดูแลด้านร่างกาย วัฒนธรรม สังคม สุขภาพจิตและจิต
เวช จิตวิญญาณ กฎหมายและจริยธรรม ผลลัพธ์การดูแล
พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากร้อยละ 77.7
ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแบบ
ประคับประคองระดับมากร้อยละ 81.9 พยาบาลในหอ
ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วย
สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและครอบครัว
ระดับมาก ร้อยละ 100 รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้
ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและญาติดีขึ้น
ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการดูแลนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยวัยอื่น
ต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ จอนพะจง เพ็ญ
จาด (2557)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบ
ประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่มี
คุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะ
ประคับประคองและระยะสุดท้ายพยาบาลมีบทบาทสำคัญ
ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะประคับประคอง
และครอบครัว เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความ
ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรคใน
ระยะสุดท้าย การสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับ
กระบวนการตายได้อย่างสงบ บทบาทพยาบาล
ประกอบด้วย การบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแล
ผู้ป่วยระยะประคับประคอง การพยาบาลครอบคลุมความ
ต้องการแบบองค์รวม การสนับสนุนและปกป้องสิทธิ
ของผู้ป่วย การจัดการการดูแลที่บ้าน การเตรียมผู้ป่วยเมื่อ
เข้าสู่ระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัว
ภายหลังการเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลตัวเองของ
พยาบาลเพื่อให้มีความพร้อมในการให้บริการพยาบาลที่
มีคุณภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารธนา

ลัทธิการฟื้นฟู (2559)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษานโยบายของครอบครัวกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อสุขภาวะระยะท้ายของชีวิต พบว่า เป้าหมายของครอบครัว คือ การให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้นานที่สุด ส่วนเป้าหมายของทีมสหวิชาชีพ คือ การรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคร้ายไข้เจ็บโดยมุ่งประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่การเจ็บป่วยบางประเภทไม่สามารถรักษาให้หายได้และต้องเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตในที่สุด นอกจากผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นที่รัก เมื่อมีการเสียชีวิตก็จะมีผลกระทบจากการจากพราก การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด นอกจากจะมุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายน้อยที่สุด ควบคุมอาการทุกข์ทรมาน และได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์แล้ว การดูแลเพื่อให้เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตมีความสำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวของผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ซึ่งรวมไปถึงการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้ การดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขในระยะท้ายของชีวิต ควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับแจ้งข่าวร้ายว่าป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตามแนวคิดใหม่การดูแลแบบประคับประคอง ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ และด้านกฎหมาย ทศนิษฐ์ เทศประสิทธิ์ และคณะ (2556)⁽¹²⁾ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลอุดรธานี ผลการศึกษา ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย ซึ่งพัฒนาจากทีม สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย กลุ่มีการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า ด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านผู้ให้บริการความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก พยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 91.68 ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สรุปว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ดังนั้นควรนำระบบดังกล่าวไปกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งเครือข่ายต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคองที่บ้าน ต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน โดยการจัดทำโครงการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น โดยมีผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคเป็นรายโรคเพื่อให้เห็นฐานข้อมูลผู้ป่วยและมีการจัดกระบวนการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้ทั้งสหวิชาชีพได้มองเห็นกระบวนการทำงานร่วมกัน และที่สำคัญต้องมีการจัดวิชาการให้ความรู้ผู้ทำงานทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ชุมชน อปท. เพื่อให้ทุกคนเห็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นการพัฒนางานและกระบวนการดูแลเป็นรูปแบบเฉพาะเจาะจงและผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรเป็นเรื่องของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนาคู เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Get-Kong S, Hanucharurnkul S, McCorkle R, Viwatwongkasem C, Junda T, Ittichaikulthol W. Symptom Experience, Palliative Care and Spiritual Well-Being among Thais with Advanced Cancer [Internet]. Pacific Rim International Journal of Nursing Research [Internet]. 1 [cited 4Dec.2017];14(3):219-34. Available from: [//www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6287](http://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6287)
2. วรณภรณ์ พัฒนินุญจจิรพันธ์ ประทุมอ่อน จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ปีที่ 30 ฉบับที่ 3. 2555
3. ถนนอมขวัญ ทวีบุญ. ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การดูแลแบบประคับประคอง. URL http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_5.html
4. โรงพยาบาลนาฏ. การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 2558 (เอกสารอัดสำเนา)
5. Kemmis, S. and R. McTaggart. The Action Research Planner. S.I. : Deakin University Press Melbourne, 1988.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2535
7. Best, John W. (1981) Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
8. สิริินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ อวยพร ภักธกิติกุล. การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. ปีที่ 31 ฉบับที่ 5 ก.ย.-ค.ค. 2556
9. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย. J Nurs Sci. Vol 31 No 3 July - September 2013
10. จอนพะจง เพ็งจาด. บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชนิ กรุงเทพฯ ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2557
11. ปราธนา ลังการ์พันธุ์. บทบาทของครอบครัวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อสุขภาวะระยะท้ายของชีวิต. วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ. Vol 26, No 1 2559
12. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี ศศิพินทุ มงคลไชย พวงพยอม จุลพันธุ์ ยุพยงค์ พุฒธรรม . การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. Vol 23 No 1: มกราคม - เมษายน 2556

ถอดบทเรียนระบบการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

Lesson learned from the elderly health care system in Sawang-Arom District, Uthai Thani Province

สันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์¹ วราภรณ์ ยังเอี่ยม¹ วัชร ศรีทอง¹ ศิวไลซ์ วานรัตน์วิจิตร²Sunsanee Mekrungrongwong¹ Waraporn Youngiam¹ Watcharee Srithong¹ Civilaiz Wanaratwichit²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์ประสบการณ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยมีการถอดบทเรียนระบบการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ผู้ให้ข้อมูลหลักได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 9 คน แกนนำชุมชน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 12 คน และผู้สูงอายุ 12 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลและขยาย และแนวคิดการประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ พื้นที่มีนโยบายและแนวทางการบริหารจัดการชัดเจน มีการบริหารจัดการผ่านข้อมูลเชิงประจักษ์ การเชื่อมโยงเครือข่ายและการกำหนดบทบาทของเครือข่ายมีความชัดเจน ทั้งผู้มีหน้าที่โดยตรงทางกฎหมาย ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้ดูแลในภาคส่วนต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ มีแนวทางการกำกับมาตรฐานการทำงานและกระบวนการชื่นชม 2) ด้านกลไกการทำงาน พื้นที่มีการจัดทำแผนงานอย่างเป็นรูปธรรมโดยการร่วมมือของทุกภาคส่วน มีการแบ่งปันทรัพยากรระหว่างหน่วยงานและพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการใช้ทุนทางสังคม และ 3) ด้านรูปแบบการดูแลตามบทบาทภาคีเครือข่าย การมีโครงสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมีการตั้งคณะกรรมการดูแลด้านสุขภาพ และมีการเชื่อมโยงการทำงานของทุกภาคส่วน ทั้งภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ ซึ่งก่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยชุมชน ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้น ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนเนื่องจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ: การถอดบทเรียน; ระบบการดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ; อำเภอสว่างอารมณ์

Abstract

The purpose of this qualitative study was to review and analyse the experiences of the participants in the elderly health care system in Sawang-Arom District, Uthai Thani Province, and identify the lessons learned from this analysis. The key informants consisted representatives of five groups and included 9 health care personnel, 5 community leaders, 12 village health volunteers, 12 caregivers and 12 elderly people, by purposive sampling. Semi-structured questionnaires based on the development of the concepts for the system of long-term care and also the evaluation of the district health system concepts, were used to collect the data. The Content Analysis research approach was used to analyze the data. The results revealed that 1) in regard to the management structure, they have clear policy and management guidelines and the management practices are evidence-based. The network existing between the various participating organisations and individuals were clearly defined, and included legal advisors, medical practitioners and other health carers, together with governmental organisations, and others. They also have operation guidelines to regulate the working quality by appreciate process. 2) The working processes included the involvement of multisectoral collaborators who participated in the development of working plans and also in resource sharing. They have built a community capacity in order to find the social capital. 3) The model of elderly health care management by role of networking, they have clear networking structure and building health committee, the collaboration of the various organizations such as political, local people, and academic sectors that have influenced the activities of elderly care in and by the communities, which include health, economy, and social. Therefore, the key success factor for the sustainable development and strengthening of this system was the collaborative participation in all organizations.

Keywords: Lesson learned; The elderly care system; Older people; Sawang-Arom District

¹ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยและมีแนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 25.1⁽¹⁾ และเมื่อพิจารณารายภาค พบว่าภาคเหนือเป็นภาคที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับต้นๆ และมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽²⁾ จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ นำมาซึ่งปัญหาต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านสุขภาพซึ่งถือเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันเนื่องจากการขาดการดูแลหรือรักษาที่ต่อเนื่อง⁽³⁾ จากผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 0.6 ถึง 11.9 มีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และร้อยละ 4 ถึง 36.5 ของผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมการทำงานเดินทางและสื่อสาร โดยพบว่าเพศหญิงระบุว่าต้องการผู้ดูแลและผู้ดูแลมากกว่าเพศชายร้อยละ 15 และ 11 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแลมีร้อยละ 1-2 จำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านเพียงลำพังขาดการดูแล ทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว่ เนื่องจากคนวัยหนุ่มสาวต้องเข้าไปทำงานในเมือง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากชุมชน โดยมุ่งหมายให้ผู้ดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านการร่างกายจิตใจ และสังคม รวมถึงมีการกำหนดประเด็นผู้สูงอายุเข้าสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System, DHS) เพื่อเป็นแนวทางการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทพื้นที่⁽⁵⁾ ซึ่งในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ DHS มีจุดเด่น คือ มีการประสานงานทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง และมีความร่วมมือทั้งในการดำเนินงาน และความร่วมมือในการบริหารจัดการ โดยโครงสร้างระดับอำเภอ มีศักยภาพมากพอที่จะรองรับนโยบายจากส่วนกลาง และมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ความพร้อม ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่^(5,6)

ในปี พ.ศ. 2558 อำเภอสว่างอารมณ์ จ.อุทัยธานี มีประชากร 50,158 คน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 19.48 จากการสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 92.98 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 5.88 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.14⁽⁷⁾ จากข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสว่างอารมณ์ปี 2553 พบว่า ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีร้อยละ 31.9 สุขภาพพอใช้ร้อยละ 42.9 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 25.2^(8,9) จากข้อมูลเรื่องผู้สูงอายุ พบว่า ยังมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวและมีโอกาสอยู่คนเดียวถึงร้อยละ 16 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยจนถึงไม่ได้ ร้อยละ 8 ผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายและทางใจอีกจำนวนหนึ่ง การเข้าถึงเพื่อดูแลผู้สูงอายุทั้งจากสถานบริการสาธารณสุขและชุมชนยังไม่มากพอ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งได้รับการดูแลและมีความเป็นอยู่ที่ไม่เหมาะสม⁽⁸⁾ ซึ่งอำเภอสว่างอารมณ์ได้มีการดำเนินการเรื่องผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับในพื้นที่ที่มีต้นทุนทางสังคม ทั้งการมีทรัพยากรมนุษย์ที่เข้มแข็ง มีวัฒนธรรมชุมชนเข้มแข็ง เศรษฐกิจเข้มแข็ง รวมถึงการเป็นสังคมเครือญาติของชาวชนบท ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การถอดบทเรียนระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษากการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (24DHS) เป็นแนวทางที่เชื่อว่าจะสามารถสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี โดยใช้แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอเป็นฐานเป็นแนวทางในการดำเนินการ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสังเคราะห์บทเรียนระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ และแนวคิดการประเมินการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ DHS ขององค์การอนามัยโลก⁽¹¹⁾ โดยมี 3 ประเด็น คือ 1) โครงสร้างการบริหารจัดการ 2) กลไกการทำงาน/กลไกการประสานงาน/ระบบสนับสนุน 3) รูปแบบการดูแลตามบทบาทภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัด อุทัยธานี ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Performance) 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน 9 คน 2) ผู้ที่เป็นตัวแทน/แกนนำของชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน 4) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน และ 5) กลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวรเลขที่ 815/58 ผู้วิจัยทำการขออนุญาตผู้เข้าร่วมก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและสามารถซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ มีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เก็บข้อมูลระหว่างตั้งแต่ มกราคม – กรกฎาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ใช้เครื่องมือคือ

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นแบบเปิดกว้าง (Open-Ended Question) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth-interview) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มตัวแทนแกนนำชุมชน ตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นการถกเถียง ประทับใจ ประกอบด้วย บริบทของชุมชน โครงสร้างการบริหารจัดการ กลไกการทำงาน/กลไกการประสานงาน/ระบบสนับสนุน รูปแบบการดูแลตามบทบาทภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ^(10, 11)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน เพื่อให้มีความชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วนเนื้อหาและโครงสร้าง (Validity) มีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of item objective congruence, IOC) มากกว่า 0.5 สำหรับการตรวจสอบเครื่องมือเชิงคุณภาพ โดยการสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Extended engagement in the field) การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบโดยกลุ่มเพื่อนนักวิจัย (Peer debriefing) หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. บริบทของชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างอารมณ์ จ.อุทัยธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ สาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ในเครือข่ายจำนวน 8 แห่ง แบ่งเขตการปกครองดูแลประชากรออกเป็น 5 ตำบล 65 หมู่บ้าน 9,796 หลังคาเรือน มี 3 เทศบาล คือ เทศบาลตำบลสว่างอารมณ์ เทศบาลสว่างแจ้งสบายใจ เทศบาลพลวงสองนาง และองค์การบริหารส่วนตำบล 3 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บ่อทราย อบต.ไผ่เขียว อบต.

หนองหลวง สภาพของอำเภอสว่างอารมณ์เป็นสังคมชนบท ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คนหนุ่มสาวนิยมทำงานในเมือง ในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเด็ก⁽¹²⁾ ข้อมูลอำเภอมีจำนวนประชากร 50,158 คน จากโครงสร้างประชากรพบว่าวัยสูงอายุมีมากถึงร้อยละ 19.48 ซึ่งจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคจากความเสี่ยง เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคตา โรคจากการประกอบอาชีพ เช่น โรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ⁽⁸⁾ โดยอำเภอสว่างอารมณ์มีการดำเนินการร่วมกับภาคส่วนราชการ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และภาคประชาชนอย่างเข้มแข็ง เริ่มตั้งแต่การวางโครงสร้างการพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ หัวหน้าส่วนราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนภาคประชาชนเป็นคณะกรรมการ และมีการประชุมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ที่ดีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเอื้อต่อการทำงานซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนทรัพยากรระหว่างหน่วยงานทางภาคสาธารณสุขกับส่วนราชการต่างๆ ในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง อาทิการมีบุคลากรจากภาคส่วนต่างๆ มาช่วยดำเนินการเรื่องการควบคุมโรคเข้มแข็งทำให้อำเภอสว่างอารมณ์ได้รับรางวัลระดับเขต มีงบประมาณหลักจากท้องถิ่นในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศและข้อมูลโดยสำรวจข้อมูลพื้นฐานของประชาชนโดยซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (24DHS) ร่วมกับการใช้ข้อมูลทุติยภูมิในพื้นที่ สามารถนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาในการดูแลสุขภาพประชาชนในอนาคต⁽¹²⁾

2. ถอดบทเรียนการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

2.1 โครงสร้างการบริหารจัดการ

1) นโยบายและการบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุ ในอำเภอสว่างอารมณ์ภายใต้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือสาธารณสุขอำเภอ มีการกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ โดยมีการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และรวมไปถึงองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการสร้างนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ (Building public policy) มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการทำงาน (Custom focus) และการทำแผนยุทธศาสตร์ของอำเภอร่วมกันโดยยึดหลักของนโยบายจากส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมของชุมชน อาทิ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลเรื่องผู้สูงอายุซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินการต่างๆ รวมทั้งกำกับดูแลนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ รวมทั้งการดำเนินงานโครงการ 24DHS เริ่มจากการวางโครงสร้างการประสานงานทั้งอำเภอ และทุกภาคส่วน โดยมีการให้นายอำเภอเป็นประธานเพื่อช่วยในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ หัวหน้าส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตัวแทนจากภาคประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการโครงการ 24DHS เพื่อเป็นทีมจัดการด้านสุขภาพ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินโครงการเพื่อผู้สูงอายุ มีแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุทุกระดับ โดยรัฐผลิตเองหรือเป็นผู้กำกับดูแล เช่น โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีการใช้ฐานข้อมูลโครงการ 24DHS ที่เรียกว่า ระบบฐานข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอ (24 District Health Information System, 24DHIS) ของโครงการดังกล่าว เป็นหนึ่งในการใช้ข้อมูลที่ใช้การตัดสินใจริเริ่มโครงการ

2) ข้อมูลสำหรับการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุของอำเภอสว่างอารมณ์ มีการใช้ข้อมูลจาก 24DHIS ซึ่งเป็นข้อมูลที่พื้นที่เก็บข้อมูลด้านสุขภาพและสังคมด้วยตนเอง โดยใช้แอปพลิเคชันผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่และเครื่องมือสื่อสารชนิดต่างๆ ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตและมีการเชื่อมต่อกับระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ เพื่อ

สร้างการเป็นเจ้าของข้อมูลร่วมกัน ร่วมกับการใช้ข้อมูล ทุติยภูมิในชุมชนซึ่งทางหน่วยงานรัฐบาลเป็นผู้เก็บข้อมูล แล้วมาใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทำโครงการเพื่อ ตอบสนองความจำเป็นของผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งข้อมูล ดังกล่าวนอกจากเก็บข้อมูลทางด้านสุขภาพแล้วยังช่วยใน การสำรวจข้อมูลในเชิงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เช่น ในเรื่องของการเข้าไม่ถึงบริการโรงพยาบาลในพื้นที่ ห่างไกล หรือจำนวนการใช้ส้วมนั่งราบยังน้อย เนื่องจาก ขาดทุนทรัพย์ในการเปลี่ยนส้วมภายในบ้าน ซึ่งทำให้ ผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำลำบาก ทำให้ทางองค์การบริหารส่วน ท้องถิ่นในพื้นที่ได้นำข้อมูลดังกล่าว มาช่วยสนับสนุนเงิน ในการทำโครงการสร้างส้วมนั่งราบสำหรับบ้านผู้สูงอายุ และผู้พิการ จะเห็นได้ว่ากระบวนการได้มาของโครงการที่ ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้ข้อมูล จากฐานข้อมูลทุติยภูมิเดิมและข้อมูลจากการสำรวจที่เป็น ของ 24DHIS โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการกิน ข้อมูลให้กับทีมจัดการด้านสุขภาพเปรียบเสมือนเป็นทีม อำนาจการ แล้วจึงวางแผนยุทธศาสตร์ขึ้นมาเพื่อนำเสนอ ในที่ประชุมระดับอำเภอต่อไป

3) การเชื่อมโยงภาคี มีการกำหนดขอบเขตการ ทำงานและพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ในกลุ่มบุคคลที่ ดูแลด้านผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ยกตัวอย่างในพื้นที่ตำบล สว่างอารมณ์ มีกระบวนการส่งต่อและการดูแลผู้สูงอายุติด เดียงในพื้นที่ทั้งภาคประชาชนและ อสม. ที่ได้รับการ อบรมเพิ่มศักยภาพ (Capacity building) ในการเป็นผู้ดูแล ที่เรียกว่าแคร์กิฟเวอร์ หรือ ซีจี (Care giver, CG) และ บุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพที่เรียกว่าผู้จัดการด้านสุขภาพ หรือ ซีเอ็ม (Care Manager, CM) ร่วมกับแพทย์และสท วิชาชีพทั้งนักกายภาพ นักแพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา พยาบาล แพทย์ รวมเรียกว่าทีมหมอบรรอบครัว (Family Care Team, FCT) ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ใน กรณีที่มีปัญหาเกิดขึ้น เช่น ถ้าผู้ป่วยมีปัญหอนอนติดเตียง และเกินขอบเขตความสามารถของผู้ดูแลในชุมชน จะมี หน่วยงานในการประสานความร่วมมือที่เรียกว่า ศูนย์ซีโอ ซี ซึ่งเป็นศูนย์เยี่ยมบ้านโดยตรง เป็นตัวประสานถึงแพทย์ และทีมสหวิชาชีพให้เยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ยังมีหน้าที่

บริการจัดหาอุปกรณ์ทางด้านกาย เช่น ที่นอนลม ไม้พยัก เกอร์ ออกซิเจนฯ ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหา ด้าน สุขภาพ สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพปกติจะมีร่วมกัน ทำงานกับงานของชมรมผู้สูงอายุ ในการเชื่อมประสาน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นหนึ่งในกระบวนการสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชน (Community strengthening)

4) การกำกับมาตรฐานและกระบวนการชื่นชม มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์และสหวิชาชีพ ในทีมหมอบรรอบครัว จะทำการตรวจติดตามสุขภาพทุกๆ 2 เดือน โดยมี อสม. แต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมด้วย เช่น การ ตรวจคัดกรอง หรือเจาะเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน ถ้าเกิด เป็นกลุ่มเสี่ยงจะมีรายชื่อส่งให้ อสม. เพื่อติดตามทำการ เจาะเลือดซ้ำ โดยที่กลุ่มเสี่ยงไม่ต้องมาโรงพยาบาล เพียง แคส่งผลมาให้ทางไลน์ สำหรับกลุ่มที่มาเจาะเลือดแล้ว พบว่าเสี่ยงจะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อรับ ค่าปรึกษาและให้คำแนะนำต่อไป ส่วนผู้ป่วยเรื้อรังส่วน ใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม มีระบบ ของหมอบรรอบครัว ซึ่งเป็นระบบที่มีการแบ่งพื้นที่ในดูแล ผู้ป่วยของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งทีมชุมชน เข้า มาติดตามดูแลสุขภาพต่อไป นอกจากนี้อำเภอสว่าง อารมณ์ ได้เข้าร่วมโครงการนำร่องการประเมินคุณภาพ การบริการของ รพสต. และประเมินความพึงพอใจ ผู้รับบริการ ที่เรียกว่า รพสต. ดีดดาว ใช้กระบวนการชื่น ชม โดยผ่านกระบวนการทำงานจริงในพื้นที่ และเวทีการ ประชุมต่างๆ จนเกิดคุณค่าในตนเองเพื่อให้ รพสต. ได้มี การดำเนินงานด้านบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ร่วมกับ นโยบายจากส่วนกลางโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการดูแล ระยะยาวเป็นตัวประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการ ตั้งเกณฑ์มาตรฐานในพื้นที่ อาทิเช่น ถ้าผู้ป่วยมีอาการใน แต่ละระดับ จะมีการบริหารจัดการว่าทีมสุขภาพไหนจะ ไปเยี่ยมบ้าน หรือส่งต่อ หรือสามารถจัดการดูแลในพื้นที่ ได้ สมมุติว่าถ้าเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือมีการเจ็บแผล แล้วแผลติดเชื้อ จะให้ทีมในพื้นที่ดูแลลักษณะของแผลว่าเป็น อย่างไร มีเกณฑ์การพิจารณาว่าต้องส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลหรือไม่ หรือถ้าคนไข้ติดเตียงมีปัญหาเรื่องการ ใช้งาน มีปัญหาเรื่องแผล จะมีทีมหมอบรรอบครัวลงเยี่ยม

บ้าน โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญมากในการฟื้นฟูสุขภาพ โดยจะเข้าไปช่วยในการสอนญาติให้ทำกายภาพบำบัดกับผู้ป่วย และทำกายอุปกรณ์อย่างง่ายที่บ้าน อย่างเช่น ราวหัดเดิน หรือรถ

2.2 กลไกการทำงาน/กลไกการประสานงาน/ระบบสนับสนุน

1) การมีแผน ระบบสุขภาพระดับอำเภอของสว่างอารมณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกันกำหนดแผนฯ โดยทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกันของการเป็นเจ้าของที่จะนำไปสู่ความร่วมมืออย่างเต็มที่ การจัดทำแผนปฏิบัติการนั้นจัดทำบนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ในรูปแบบของฐานข้อมูลกลางของอำเภอที่ครอบคลุมตัวแทนครัวเรือน และครอบคลุมมิติงานทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และแผนดังกล่าวมีการเชื่อมโยงกับแผนระดับชาติที่มาจากส่วนรัฐบาล เพื่อให้การทำงานเป็นไปตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

2) คน/เงิน/สิ่งของ การมีผู้นำมีบทบาทเข้มแข็งทั้งผู้นำทางราชการจากหน่วยงานทางราชการต่างๆ และผู้นำที่ไม่เป็นทางราชการ อาทิ นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน ให้เห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพ จึงมีการจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนการดำเนินงานทางสุขภาพของชุมชน สำหรับพื้นที่อำเภอสว่างอารมณ์ พบว่าในบาง อปท. มีการเมืองท้องถิ่นค่อนข้างเสถียร โดยมีนายก อบท. คนเดิม ได้รับเลือกมาเป็นเวลานานหลายปี หรือแม้ว่านายก อบท. มีการเปลี่ยนแปลงแต่ยังคงให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพ หรือนายก อบท. และบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้นโยบายและการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่างดี ในส่วนของผู้นำทางราชการ พบว่า ผู้บริหารระดับอำเภอมีวิสัยทัศน์และเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ อาทิ เช่น นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น ทำให้การดำเนินงานในแนวตั้งมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยสนับสนุนการทำวิจัยในพยาบาลเวชปฏิบัติ มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ให้สามารถตรวจโรคแทน

แพทย์ได้ รวมทั้งมีการแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing) ในการหมุนเวียนทรัพยากรคน ซึ่งถ้าหากพื้นที่ไหนขาดแคลนบุคลากรจะมีการหมุนเวียนสลับกันไปในพื้นที่ สำหรับสิ่งของต่างๆ มีการสำรวจว่าในพื้นที่ต้องการอะไร โดยสิ่งที่จะสนับสนุนให้ รพสต. ต้องสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และตรงกับจุดเน้นของนโยบายระดับอำเภอในเรื่องของผู้สูงอายุ

3) ทูตทางสังคม การดำเนินงานตามนโยบาย หมอครอบครัวร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ในการดำเนินการเยี่ยมบ้าน และติดตามผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว ทั้งนี้จะพบว่า รพสต. มีความเข้มแข็งได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชนในการให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี อีกทั้งตำบลสว่างอารมณ์มีจุดเด่นคือ มีคลินิกที่เกิดจากความร่วมมือของเทศบาลตำบลสว่างอารมณ์ โดยจัดตั้งคลินิก ที่เรียกว่าคลินิกหมอใจดี เพื่อให้บริการรักษาโรคทั่วไปในชุมชนและมีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และเกิดความสะดวกกับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งคลินิกได้รับการสนับสนุนบุคลากร อุปกรณ์และเวชภัณฑ์จากทั้งหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และ รพ. โดยเป็นหน่วยงานสำหรับการให้บริการผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนมาเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง เนื่องจาก นายก อบต. เป็นผู้ที่ได้รับการไว้วางใจจากคนในพื้นที่มาบริหารงานติดต่อกันมาหลายสมัย นอกจากนี้ ในส่วนของอำเภอเข้มแข็งมีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพในเรื่องของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะครอบคลุมพื้นที่ทั้งอำเภอ ดังจะเห็นได้จากนวัตกรรม (Innovation) ที่เรียกว่าโมเดลสงครามเก้าทัพ ประกอบด้วย ทัพหลวง คือ ทีมระดับอำเภอ ประกอบด้วย หน่วยงานส่วนราชการ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทัพหน้าคือคนที่ มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ โดยมีนักเรียน อสม. ชุมชน และทัพหลังเป็นภาคท้องถิ่น ได้แก่ ทีมตำบล 5 ตำบล โดยมีนายอำเภอเป็นแม่ทัพ ซึ่งเป็นการประสานการทำงานทุกภาคส่วนในอำเภอ

2.3 รูปแบบการดูแลตามบทบาทภาคีและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

1) โครงสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในคณะกรรมการ 24DHS ใช้หลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบด้วย ภาคการเมือง คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ก็คือ อสม. ตัวแทนชาวบ้าน มีครู และภาควิชาการ คือ บุคลากรสาธารณสุข เกษตรอำเภอ ปศุสัตว์ มีภาคีหลายภาคส่วน ที่มีศักยภาพทั้งในด้านการเงิน บทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย น่าจะสามารถดึงพลังสมาชิกในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มาร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ อันจะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยของชุมชนและของประเทศเป็นไปอย่างราบรื่น และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน งบประมาณจัดเป็นปัจจัยนำเข้าที่มีผลต่อกระบวนการดำเนินงาน โดยแผนการปฏิบัติงานที่มีเป้าหมายชัดเจนที่จะสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ซึ่งงบประมาณที่มีการสนับสนุนจากท้องถิ่นสะท้อนถึงความสำเร็จอย่างชัดเจนของแผนงานฯ ในการสร้างความเป็นเจ้าของและวางรากฐานให้ท้องถิ่นสามารถสานต่อทางด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

2) กิจกรรมของชุมชน หลังจากมีการคืนข้อมูลสุขภาพให้ท้องถิ่นได้รับทราบ ชุมชนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และประชาชนเกิดกระแสการตื่นตัวในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ อบต. และเทศบาลร่วมกับกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ริเริ่มโครงการที่เป็นกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของตน โดยกิจกรรมของชุมชนในพื้นที่ อาทิเช่น อบต. สว่างอารมณ์มีการเปิดคลินิกหมอใจดี เทศบาลสว่างแจ้งสบายใจ คิดเรื่องการเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ อบต.หนองหลวงมีการทำแผนร่วมกับทุกภาคส่วนและจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนกิจกรรมหารายได้ให้ผู้สูงอายุ โดยการทำขนม ทำดอกไม้จันทน์ สานตะกร้า พื้นที่เทศบาลพลวงสองนาง ซึ่ง นายก อบต. ได้ให้ความสำคัญในเรื่องผู้สูงอายุ มีการจ้างนักบริบาล 2 คน เพื่อเยี่ยมบ้าน และช่วยทำหัตถการต่างๆ ให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น ทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับอำเภอมีการพัฒนา จากความร่วมมือของชาวบ้าน อสม. และผู้ดูแล

ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ มีอุปกรณ์ที่ได้รับบริจาคจากญาติผู้ป่วย เช่น เตียงลม รถเข็น ที่นำมาบริจาคตอนผู้ป่วยเสียชีวิต บางทีก็มีผู้มาบริจาค และมีการระดมทุนในพื้นที่เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปราย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายตามกรอบแนวคิดการถอดบทเรียน ดังนี้

1. โครงสร้างการบริหารจัดการ ส่วนของนโยบายและการบริหารจัดการ พบว่า ความสำเร็จจะเกิดขึ้นขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำ ซึ่งผู้บริหารต้องถือธงนำหน้า มีความตั้งใจ และให้ความสำคัญในเรื่องของสุขภาพ รวมทั้งสามารถใช้คนอย่างเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอนงลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดา และคณะ (2559) ซึ่งพบว่าสมรรถนะหลักของบุคลากรทางด้านสุขภาพคือสมรรถนะในด้านภาวะผู้นำ การจัดการ ติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์กับคนในชุมชน⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา และคณะ (2558) พบว่าทุกพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้นั้นจะต้องมีภาวะผู้นำ โดยความเข้าใจในสถานการณ์ความจำเป็นต้องการของกลุ่มเป้าหมายด้วย ข้อมูลเชิงประจักษ์⁽¹⁰⁾ สำหรับการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจนโยบายต่างๆ โดยพบว่าในพื้นที่อำเภอสว่างอารมณ์มีการเก็บข้อมูลโดยใช้ระบบข้อมูลสุขภาพ 24DHS ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลด้วยโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน โดยความร่วมมือในการสำรวจจากอาสาสมัครต่างๆ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและคนในชุมชนเป็นเจ้าของข้อมูลร่วมกัน เช่น ข้อมูลการใช้ส้วมนั่งราบ ทำให้ชุมชนทราบถึงสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น จึงมีการปรับปรุงทางด้านสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Elaine Thumé และคณะ (2011) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุของประเทศบราซิล พบว่าการให้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มที่อายุมาก การพัฒนาการเข้าถึงบริการจะมีประโยชน์ในการใช้มากในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน (Home care) ทำให้เกิดความตระหนักและร่วมมือกันแก้ไขปัญหา⁽¹⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการใช้ข้อมูลและการจัดการข้อมูลสุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกภาค

ส่วนต้องให้ความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาขององ
ลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดาและคณะ (2559) ซึ่งพบว่า
สมรรถนะหลักของพยาบาลสาขาเวชปฏิบัติการพยาบาล
ครอบครัว คือสมรรถนะในด้านการจัดการข้อมูล⁽¹³⁾ จะ
เห็นว่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถมองเพียง
มุมมองด้านสุขภาพ แต่ต้องอาศัยปัจจัยด้านอื่นด้วย อาทิ
การเมืองที่มีข้อตกลงร่วมกัน การขับเคลื่อนของ
สังคม จึงจะสามารถทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ
⁽¹⁶⁾ การประเมินความต้องการของชุมชนที่ได้มาจากวิธีที่
แตกต่างกัน มีการบรรจุโครงการดูแลสุขภาพชุมชนลงใน
แผนพัฒนาชุมชนเป็นลายลักษณ์อักษร และใช้การสื่อสาร
ให้คนในชุมชนรับรู้ เป็นการสร้างนโยบายสาธารณะของ
ชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลสุขภาพให้เกิดความ
ยั่งยืน⁽¹⁷⁾ เช่นเดียวกับการกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ชุมชนเกิดความสนใจ และให้ชุมชนได้มีส่วนร่วม
และเป็นเจ้าของ⁽¹⁰⁾ ในส่วนของการใช้กระบวนการชุมชน
โดยผ่านกระบวนการทำงานจริงในพื้นที่ และเวทีการ
ประชุมต่างๆ โดยการกล่าวชื่นชม จนเกิดคุณค่าในตนเอง
จะเห็นว่าในพื้นที่ที่มีการชื่นชมการทำงานพัฒนาระบบการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการประชุมระดับอำเภอ ทำให้
ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจ และทำให้เกิดการขยายผลไปยัง
พื้นที่ตำบลอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต พรหม
จันทร์และคณะ (2558) พบว่ากระบวนการชื่นชมเป็นหนึ่งใน
ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการดูแลคนพิการอย่างเป็น
หุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ โดยนำระบบสุขภาพระดับอำเภอ
มาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน⁽¹⁸⁾

2. กลไกการทำงาน/กลไกการประสานงาน/ระบบ
สนับสนุน ความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการและเป็น
ทางการระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ
หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน มีผลต่อ
ความสำเร็จในงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จะเห็นว่า
สอดคล้องกับผลที่พบว่าการประสานงานกับหน่วยงาน
ต่างๆ รวมทั้งท้องถิ่นและอาสาสมัครในพื้นที่ และได้รับ
การตอบรับอย่างดี ผู้ที่มีฐานความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ
เช่น อสม. อปท. และผู้มีความรู้ความสัมพันธ์หรือ
สัมพันธ์ภาพดีในชุมชน เช่น ผู้นำท้องถิ่น จะสามารถ

ปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดี⁽¹⁹⁾ เนื่องจาก อปท. มีความ
สนใจในงานสูงอายุมากขึ้น ดังการศึกษาของยุทธนา พูน
พานิช และแสงนภา อุทัยแสงไฟศาล (2557) วิพรรณ
ประจวบเหมาะ (2555) ที่ผลการศึกษาที่ชี้ว่าปัจจุบันชุมชน
และท้องถิ่นมีความสนใจงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาก
ขึ้น แต่ยังขาดข้อมูลที่จำเป็นในการวางระบบ การมี
ข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย และการลงทุนเพื่อสุขภาพยังไม่
ชัดเจน^(20, 21) การมีต้นทุนทางสังคม เช่น การมีทรัพยากร
บุคคลที่เข้มแข็ง มีวัฒนธรรมชุมชนเข้มแข็ง เศรษฐกิจ
เข้มแข็ง รวมถึงการเป็นสังคมเครือญาติของชาวชนบท ทำ
ให้เกิดความร่วมมือ ความใส่ใจในการดูแลและให้
ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพราะเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่
มีคุณค่า เคยประกอบคุณงามความดีให้แก่ชุมชน ดังนั้น จึง
เป็นสิ่งสำคัญที่คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการตอบ
แทนความดีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่
พบว่าแนวทางการสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างความสุขของ
ผู้สูงอายุ คือการสนับสนุนจากครอบครัวโดยตรงในเรื่อง
ของเครื่องใช้ เงิน และแรงงาน และการยอมรับในคุณค่า
จากชุมชน การยอมรับความสามารถหรือความสำเร็จ⁽²²⁾
และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ สิทธิพิริยชาญ
และคณะ (2557) ที่พบว่าในการปฏิบัติงานควรให้
ความสำคัญกับทุนทางสังคมในชุมชน ทั้งการออกแบบ
กิจกรรม/วิธีการทำงานโดยใช้การดูแลตามธรรมชาติ
สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่สามารถแก้ไขปัญหาพื้นที่ได้ และ
ใช้ศักยภาพและประสบการณ์ของคนทำงานอย่างเต็มที่⁽¹⁷⁾

สำหรับการมีส่วนร่วม โดยมีกิจกรรมหรือชมรม
ผู้สูงอายุที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเข้มแข็ง
และทำให้เกิดกิจกรรมต่อเนื่อง อาทิ การตรวจร่างกาย การ
รวมกลุ่มเพื่อประกอบอาชีพ หรือแม้กระทั่งการสร้าง
เครือข่ายเพื่อนในชมรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นหนึ่งใน
กิจกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันโรคเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุมี
พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีตั้งแต่อายุไม่มากนักไป⁽²³⁾
จะเห็นว่าแม้บริบทของสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงมีผล
ให้ศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ลดลง สตรีทำงานนอกบ้านมากขึ้น อย่างไรก็ตามวัฒนธรรม
ไทยยังให้ความสำคัญในเรื่องความกตัญญูทดแทนที่

ลูกหลานพึงมีต่อบุพการี รวมทั้งเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุที่
เคยทำประโยชน์ให้ชุมชนมาก่อน เช่นเดียวกับวัฒนธรรม
ของประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีการใช้อาสาสมัครที่เป็นเด็ก
ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว⁽²⁴⁾ สอดคล้องกับผล
การศึกษาพบว่า ครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแล
ผู้สูงอายุ ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่ความครอบคลุมของบริการ
และความเข้มข้นต่างกันตามบริบทของชุมชน สักยภาพ
ของท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนมี
บทบาทสำคัญในการพัฒนา⁽²⁵⁾ เป็นไปตามบริบทของ
ประเทศไทยซึ่งมีเอกลักษณ์ คือ มีการรวมกลุ่มตาม
อรรถาธิษฐานกันมาก เหนียวแน่น มักไม่เป็นทางการ มีการ
ติดต่อกันเป็นส่วนตัว มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการมี
ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านหรือสมาชิกในชุมชน ซึ่งให้
ความสำคัญต่อสถานะของบุคคลในชุมชน⁽²⁰⁾ ร่วมกับการ
จัดโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่าย องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ท้องถิ่น แก่นนำชุมชน รวมทั้งผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ดูแลที่เป็นจิตอาสา และผู้ดูแลที่จัดจ้างในพื้นที่^{(10, 14, 16, 26,}
²⁷⁾

3. รูปแบบการดูแลตามบทบาทภาคีและการมีส่วนร่วม
ร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ การมีศูนย์กลางสำหรับ
ประสานงานระหว่างทีมโรงพยาบาลและทีม รพสต. ที่
เรียกว่า ศูนย์ชีโอชี ซึ่งเป็นศูนย์เยี่ยมบ้านโดยตรง เป็นตัว
ประสานถึงแพทย์และทีมสหวิชาชีพให้เยี่ยมบ้าน ในกรณี
ที่ผู้ป่วยมีอาการเกินขอบเขตความสามารถของผู้ดูแล
รวมทั้งเป็นหน่วยบริการจัดหาอุปกรณ์ทางด้านกาย
สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพปกติ ศูนย์ชีโอชีจะทำหน้าที่
ประสานการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ในการเชื่อม
ประสานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นหนึ่งใน
กระบวนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน สอดคล้องกับ
การศึกษาของสุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ (2558)
พบว่าทุกพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้นั้นจะต้องมีจุด
ประสาน (Focal point) และการสื่อสารทั้งในเชิง
ยุทธศาสตร์และการปฏิบัติการ เพื่อทำหน้าที่ประสานการ
จัดการเรื่องนี้อย่างเป็นระบบในระดับอำเภอที่ชัดเจน

ประสานการดำเนินงานจากทุกพร.สต. ร่วมกับ อปท. และ
ประสานกับการ ส่งต่อไปยังหน่วยบริการในระดับที่มี
ความซับซ้อนมากขึ้น⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการพัฒนาศูนย์ดูแล
ผู้สูงอายุ⁽²³⁾ นอกจากนี้ การมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนใน
หน่วยงาน ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบการดูแลผู้สูงอายุ
สอดคล้องกับการศึกษาของ Bradley และคณะ (2013)
พบว่า นโยบายจะมีบทบาทสำคัญในการทำให้อย่างมั่นใจว่า
การทำงานเป็นระบบ โครงสร้างการทำงาน ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับ
ความเข้าใจในบทบาทและวัตถุประสงค์ของบทบาทใน
การควบคุมกำกับ⁽²⁸⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ระดับปฏิบัติการ ในด้านการพัฒนาระบบการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในบริบท
และเกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทีมสุขภาพทั้ง
ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์และทีมในระดับชุมชน
ต้องรู้จักและเข้าใจบริบทภาพรวมของพื้นที่ โดยให้ทุกภาค
ส่วนในภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเข้ามามี
ส่วนร่วมตั้งแต่ค้นหาปัญหาาร่วมกัน และยอมรับใน
ประเด็นปัญหาร่วมกัน มีการใช้ทุนทางสังคมและทุนอื่นๆ
โดยเฉพาะทุนมนุษย์ ในลักษณะของการใช้คนในพื้นที่ที่มี
ศักยภาพในการทำงาน หรือพัฒนาศักยภาพของคนใน
ชุมชนโดยการอบรม นอกจากนี้การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์
สื่อสารให้คนในชุมชนได้รับทราบ สร้างการเป็นเจ้าของ
ข้อมูลร่วมกัน รวมทั้งเป็นสื่อกลางให้ผู้นำชุมชนซึ่งมี
ศักยภาพทั้งทางด้านงบประมาณ และเป็นศูนย์กลางของ
ชุมชนได้รับทราบถึงข้อมูลสุขภาพดังกล่าว เพื่อให้มี
นโยบายที่เอื้อต่อการทำงาน เช่น การมีแผนพัฒนาชุมชน
การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ การสนับสนุน
กำลังคนทำงานที่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้เกิดกิจกรรมที่ริเริ่ม
โดยชุมชน ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาระบบการ
ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

2. ระดับนโยบาย ควรเสนอผลการวิจัยนี้ผ่าน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และคณะกรรมการ
ที่ดูแลด้านผู้สูงอายุระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อการ
สนับสนุนและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้าน
กำลังคน เงิน สิ่งของ รวมทั้งใช้ทุนทางสังคม ร่วมกับการมี

ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน พร้อมทั้งขยายกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัยให้ครอบคลุมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้การสนับสนุนในการทำโครงการพัฒนาและวิจัยเพื่อสนับสนุนการจัดระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (24 DHS) กรมศึกษา อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานีทุกท่านที่อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- 1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. ใน: สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2553.
- 2.โสภณ แท่งเพชร. รายงานการวิเคราะห์นโยบายด้านเอชไอวี/เอดส์ และผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัยภายใต้โครงการเอชไอวี/เอดส์ และผู้สูงอายุ ในเขตภาคเหนือของไทย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
- 3.Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. International Journal for Equity in Health. 2005;4(1):2.
- 4.Ekparakorn V. Thai health survey by physical examination report on 4th in 2008-2009. Nonthaburi: Health Information System Development Office;; 2009.
- 5.สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข; 2557.
- 6.สุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล, สุทธิพร ชมภูศรี. การมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดพะเยา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา. 2557.
- 7.โรงพยาบาลสว่างอารมณ์. โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. อุทัยธานี: โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ 2558.
- 8.CUP อำเภอสว่างอารมณ์. ข้อมูลสุขภาพ CUP อำเภอสว่างอารมณ์. ข้อมูล ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และ palliative อุทัยธานี: สว่างอารมณ์; 2558.
- 9.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (24 DHS). อุทัยธานี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558.
- 10.สุพัตรา ศรีวัชรชากร, ทศนีย์ ญาณะ, ภัทระ แสนไชยสุริยา, มรุตพร ภาคพรต, พฤกษา บุญบุญ. โครงการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน; 2558.
- 11.Sambo LG, Chatora RR, Goosen S. Tools for Assessing the Operationality of District Health Systems. United States of America: WHO Regional Office for Africa; 2003.
- 12.สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน, กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประกอบการสมัครเข้ารับการเยี่ยมประเมิน เพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอและระบบบริการปฐมภูมิ (DHS-PCA). อุทัยธานี: CUP อำเภอสว่างอารมณ์; 2559.
- 13.องคค์ลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดา, วิภาพร สิทธิศาสตร์, จันทิมา นวมะวัฒน์. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ในการ จัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2559;9(2):1-8.
- 14.World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: WHO Press; 2007.
- 15.Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. American Journal of Public Health. 2011;101(5):868-74.

16. World Health Organization. Towards policy for health and ageing 2015. Available from:
http://www.who.int/ageing/publications/alc_fs_ageing_policy.pdf.
17. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปริญญาญ. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง.
วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557;28(1):1-15.
18. สมจิต พรหมจันทร์, สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, วีรศักดิ์ เบ็ญอะหลี, จินตนา ดั่งปาน, ห่อเกียะ นุญโสะ, นุชรินทร์ คงสินทร์. การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2558;2(1):37-51.
19. อัญมณี นูรณากานนท์, วีระชัย วีระนันทะชาติ, สมลักษณ์ ลิ้ม, สโลทร ม่วงเกลี้ยง. การศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมศักยภาพและสิทธิ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ และ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
20. ยุทธนา พูนพานิช, แสงนภา อุทัยแสงไพศาล. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(2):226-38.
21. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: พงษ์พานิชย์เจริญผล; 2555.
22. นิรมล พึ่งธรรมเดช. ความสุขในชีวิตในทัศนะคติของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ม.ป.; 2551.
23. World Health Organization, editor. Key Policy Issues in Long-term Care. Geneva: WHO Press 2003.
24. Braz NFT, Carneiro MV, Oliveira-Ferreira F, Arrieiro AN, Amorim FT, Lima MMO, et al. Influence of Aerobic Training on Cardiovascular and Metabolic Parameters in Elderly Hypertensive Women. International Journal of Preventive Medicine. 2012;3(9):652-9.
25. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัดย์, ขวัญใจ อำนางสัตว์ชัย. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2549;22-31:22-31.
26. Song Y, Ma W, Yi X, Wang S, Sun X, Tian J, et al. Chronic Diseases Knowledge and Related Factors among the Elderly in Jinan, China. PLoS ONE. 2013;8(6):e68599.
27. World Health Organization. Definition of an older or elderly person 2013. Available from:
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
28. Bradley S, Kamwendo F, Masanja H, de Pinho H, Waxman R, Boostrom C, et al. District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. Human Resources for Health. 2013;11(43).

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะ น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน

The Effect of Health Promotion Program for Weight Reduction Behavior among Overweight Undergraduate Students

ปราณีต์ กุลกระจ่าง¹, ธนิดา ผาติเสนะ²

Pranee Kulkrajang, Tanida Phatisena

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนน ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง และการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ของนักศึกษาที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired samples t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนน ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง ในการลดน้ำหนัก และการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยของผลต่างของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า ลดลง แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ, การลดน้ำหนัก, ภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to compare about score pre-post of research knowledge about overweight, weight-reduction, perceived self-efficacy, outcomes of expectation on performance, practice of weight reduction and body mass index of undergraduate students both group. The experimental groups was received health promotion program. This program was implemented for 12 weeks. The samples were 64 overweight undergraduate students and they were divided to be an experimental group and comparison group, each group 32 persons. Data were collected by questionnaires and pre-post of research both groups. Data were used by statistics of frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired samples t-test and Independent t-test.

The results showed that after the experiment, experimental group had mean score of the knowledge about overweight, weight-reduction, perceived self-efficacy, outcomes of expectation on performance, practice of weight reduction higher than comparison group by significantly statistics ($p\text{-value} < 0.05$). In addition, the experimental group had mean score of BMI lower than comparison group not statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$).

Key Words : Health promotion, Weight-reduction, Overweight

¹ นักศึกษาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทนำ

ภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทย ถ้าค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./เมตร² และผลการวัดรอบเอวตามมาตรฐานได้มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง และมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในผู้ชาย จะมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง เบาหวาน นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่นๆ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันเอชดีแอลต่ำ และไขมันผิดปกติอื่นๆ ในเลือด ที่เรียกว่ากลุ่ม เมตาบอลิก จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 3-5 เท่า⁽¹⁾

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ในกลุ่มตัวอย่าง 20,290 คน พบ ความชุกของภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 กก./เมตร²) ในประเทศไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 28.4 ในผู้ชาย และ 40.7 ในผู้หญิง ความชุก ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล ในชายร้อยละ 36.1 และ 25.1 ในหญิง ร้อยละ 44.9 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-2547 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 กก./เมตร²) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ในการสำรวจปัจจุบัน⁽²⁾

ข้อมูลการรายงานผลการตรวจสุขภาพนักศึกษาใหม่ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ปีการศึกษา 2554 จำนวนนักศึกษาที่ได้รับการตรวจสุขภาพทั้งหมด 4,878 ราย พบภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 1,046 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 ปีการศึกษา 2555 จำนวนนักศึกษาที่ได้รับการตรวจสุขภาพทั้งหมด 6,502 ราย พบภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 854 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.1 ในปีการศึกษา 2556 จำนวนนักศึกษา ที่ได้รับการตรวจสุขภาพทั้งหมด 4,875 ราย พบภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 933 ราย คิดเป็น ร้อยละ 19.1 และในปีการศึกษา 2557 จำนวน

นักศึกษา ที่ได้รับการตรวจสุขภาพทั้งหมด 3,937 ราย พบภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 824 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.9⁽³⁾

ปัญหาน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน หลายหน่วยงานมีความสนใจที่จะทำการศึกษาโปรแกรมในการแก้ปัญหา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ไปใช้ในการแก้ปัญหาน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ทั้งยังเป็นรูปแบบสำหรับสร้างสุขภาพ และพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับประชาชนในพื้นที่ การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มนักศึกษา พบว่า พฤติกรรมในการรับประทานอาหารของนักศึกษาส่วนใหญ่ ยังไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่รับประทานผัก ชอบรับประทานอาหารประเภทบุฟเฟ่ อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารมื่อดีก ขนมปังหรืออาหารในร้านสะดวกซื้อแทนข้าว อ่านหนังสือแล้วรับประทานขนมไปด้วย ช่วงสอบมีภาวะเครียดก็จะรับประทานมากขึ้น เป็นต้น สำหรับประเภทของอาหาร ชอบรับประทานอาหารกรอบกรอบ อาหารที่มีไขมันสูง ไอศกรีม น้ำอัดลม คี๊ม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน และ ยังมีสาเหตุจากยา เช่น อาการโยโย่จากยาลดน้ำหนัก ไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งข้อดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในกลุ่มนักศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมที่จะส่งเสริมการดูแลตนเองของนักศึกษาที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน โดยนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางด้านสังคม มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรม การลดน้ำหนักของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งประกอบไปด้วย การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการคลายเครียด เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของนักศึกษาที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ เพิ่มความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในกลุ่มเพื่อน และ ส่งผลให้มีสุขภาพดีตลอดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรม การลด น้ำหนัก ของ นักศึกษา ระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน หลังการ

ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบด้าน
ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและการลด
น้ำหนัก การรับรู้ความสามารถในการลดน้ำหนัก ความ
วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง
ก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม
คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่
ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการ
ลดน้ำหนักของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนัก
ตัวเกิน และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison
group) เป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามปกติ ใช้
เวลา ในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียด
ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะ
น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและการลดน้ำหนัก การคลาย
เครียด การออกกำลังกาย การให้แรงสนับสนุนทางสังคม
การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
และกิจกรรมออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองโดยกระบวนการกลุ่ม ทบทวนกิจกรรมการรับรู้
จากครั้งที่ 1 การสร้างความคาดหวัง การนำเสนอตัวแบบ
การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การให้กำลังใจกลุ่ม ใช้
เวลา 3 ชั่วโมง และกิจกรรมออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อ
สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการสร้างความคาดหวังในการ
ลดน้ำหนักโดยกระบวนการกลุ่ม ทบทวนกิจกรรมการรับรู้
จากครั้งที่ 2 การให้รางวัล การให้แรงสนับสนุนทางสังคม
ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และกิจกรรมออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อ
สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการสร้างความคาดหวังในการ
ลดน้ำหนักโดยกระบวนการกลุ่ม ทบทวนกิจกรรมการรับรู้
จากครั้งที่ 3 การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลา 3
ชั่วโมง และกิจกรรมออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ละ 1
ชั่วโมง

คาดหวังในการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก
และ คำนวณมวลกาย

สัปดาห์ที่ 5-12 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การให้แรง
สนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อ
สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมประเมินผล การเก็บรวบรวม
ข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาค
ปกติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ปีการศึกษา 2557 ที่
มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน จำนวน 824 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณ
ค่าเฉลี่ยประชากรของ⁽⁴⁾

$$\text{สูตร } n/\text{gr} = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดย Z_α = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับ
นัยสำคัญ 0.05 คือ 1.64

Z_β = ค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ ที่ระดับ
ร้อยละ 90 มีค่า 1.28

σ^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม

โดยคำนวณใช้สูตร

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1) SD_1^2 + (n_2 - 1) SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$\Delta^2 = (\mu_1 - \mu_2)$$

เมื่อกำหนด

$(\mu_1 - \mu_2)$ = ผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

N = ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณ

n_1 = ขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองของงานวิจัยที่
ศึกษา

n_2 = ขนาดตัวอย่างของกลุ่มเปรียบเทียบของ
งานวิจัยที่ศึกษา

SD_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองของ
งานวิจัยที่ศึกษา

SD_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ
ของงานวิจัยที่ศึกษา

จากการทบทวนงานวิจัยของ อังศิณันท์ อินทร
คำแหง (2556)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อ
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จึงนำค่าที่ได้มาแทนค่า
ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยดังนี้

$$\text{จากสูตร } \sigma^2 = \frac{(n_1-1)SD_1^2 + (n_2-1)SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$\sigma^2 = 2.791$$

$$\text{จากสูตร } n/gr = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

$$= 32$$

ดังนั้นจึงได้ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32
คน รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่ม
ตัวอย่างอย่างง่าย โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างตามลำดับ ด้วย
วิธีการจับสลาก เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. เป็นนักศึกษาที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ($BMI \geq 23$
กก./เมตร²)
2. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
3. ไม่มีโรคประจำตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือโปรแกรมการ
ส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของ
นักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มี ภาวะน้ำหนักตัวเกิน
มาตรฐาน โดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้
ความสามารถของตนเอง⁽⁶⁾ ร่วมกับ แรงสนับสนุนทาง
สังคม⁽⁷⁾ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะ
น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและการลดน้ำหนัก กิจกรรม
สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสร้างความ
คาดหวังในผลลัพธ์ การออกกำลังกายและคลายเครียด การ
นำเสนอตัวแบบในการลดน้ำหนัก การทบทวน
ความก้าวหน้าของพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม ใช้
เวลา 12 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับกิจกรรม
การส่งเสริมสุขภาพตามปกติ โดยใช้แผ่นพับความรู้เรื่อง
โรคอ้วน และการออกกำลังกาย

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็น
แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะ
ทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะ
น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและการลดน้ำหนัก จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการลด
น้ำหนัก จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์
ในการลดน้ำหนัก จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตัวใน
การลดน้ำหนัก จำนวน 15 ข้อ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษา
และผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability)
ด้านความรู้ทั่วไป ค่า $KR-20=0.70$ ด้านการรับรู้
ความสามารถของตนเองค่า Cronbach's $\alpha=0.80$ ด้าน
ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ค่า Cronbach's $\alpha=0.80$ ด้าน
การปฏิบัติตัว ค่า Cronbach's $\alpha=0.89$

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูล
ทั่วไป ใช้สถิติ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์
การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก และดัชนีมวลกาย ภายใน
กลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้สถิติ Paired
samples t-test การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน และดัชนี
มวลกาย ระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น
การทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ที่ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครราชสีมา ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย เลขที่
ใบรับรอง HE-58-009

ผลการศึกษาวิจัย

1.คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.2
ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปีร้อยละ 53.1 นับถือศาสนา
พุทธ ร้อยละ 100.0 อาชีพของบิดาส่วนใหญ่คือรับจ้าง
ทั่วไป และเกษตรกร ร้อยละ 37.5 อาชีพของมารดาส่วนใหญ่

ใหญ่คือเกษตรกร ร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่พบว่ารายได้ที่ได้จากครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 93.8 มีผลการเรียน ในช่วง 2.00-2.99 ร้อยละ 71.9 ส่วนใหญ่เคยใช้กิจกรรมช่วยลดน้ำหนัก ร้อยละ 53.1 และดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนขั้นที่ 1 (BMI = 25.00-29.99) ร้อยละ 26.6

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 84.4 ร้อยละ 12.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 อาชีพของบิดาส่วนใหญ่คือรับจ้างทั่วไป และอื่น ๆ ร้อยละ 31.3 อาชีพของมารดาส่วนใหญ่คือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.4 ส่วนใหญ่

พบว่ารายได้ที่ได้จากครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 75.0 มีผลการเรียนในช่วง 3.00-4.00 ร้อยละ 46.9 ส่วนใหญ่เคยใช้กิจกรรมช่วยลดน้ำหนัก ร้อยละ 59.4 และดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนขั้นที่ 1 (BMI = 25.00-29.99) ร้อยละ 20.3

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน และการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก และ ดัชนีมวลกาย

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนน ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน และ การลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Difference	95% CI	t	p
	$\bar{d}$	SD	$\bar{d}$	SD				
ความรู้	2.63	2.90	0.41	2.55	2.22	0.85 ถึง 3.58	3.247	.002*
การรับรู้ความสามารถ	5.13	6.23	-4.72	11.34	9.84	5.27 ถึง 14.42	4.303	.000*
ความคาดหวัง	4.59	5.86	0.31	7.64	4.28	0.88 ถึง 7.68	2.515	.015*
การปฏิบัติตัว	2.56	4.02	-2.28	3.93	4.84	2.86 ถึง 6.83	4.877	.000*
ดัชนีมวลกาย	0.55	1.30	0.25	3.02	0.30	-0.86 ถึง 1.46	0.514	.609

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนัก ความคาดหวังสรุปและอภิปรายผล

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและการลดน้ำหนัก หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนด้านความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ในการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจาก มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ในการให้ข้อมูลข่าวสารโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การลดน้ำหนัก โดยนักโภชนาการ การออกกำลังกาย จากผู้เชี่ยวชาญและฝึกปฏิบัติ และอารมณ์จากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา โดยการใช้สื่อ Power Point ให้

ในการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วม ในการบรรยายสรุปประสบการณ์เกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพ การคาดการณ์เลือกรับประทานอาหาร และอาหารสำหรับการลดน้ำหนัก มีกิจกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยนักโภชนาการช่วยให้คำแนะนำ แจกคู่มือการส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักเรียนระดับอุดมศึกษาที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน พร้อมทั้งแนะนำให้กลับไปปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปภาวี รัตนธรรม และคณะ. (2557)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักการแพทย์แผนไทย ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินใน นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักตัวเกิน มาตรฐาน ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎา ประจุ ทะเก และคณะ. (2557)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการ ควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนโดยการ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุน ทางสังคม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้น รอบเอว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย สูงวก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2. ด้านการรับรู้ความสามารถในการลดน้ำหนัก

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง คะแนนการรับรู้ความสามารถในการลดน้ำหนัก สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เกิดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง 1)การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะน้ำหนัก เกินมาตรฐาน การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และ อารมณ์ โดยให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะและ พัฒนาความสามารถของตนเอง ให้บันทึกและสังเกต พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ภายใน 24 ชั่วโมง ในคู่มือการส่งเสริมสุขภาพฯ ที่แจกให้ นำผลมาประเมินและวิเคราะห์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติ และพูดคุยหาปัญหาในกลุ่มย่อย แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้ง นั้นๆ 2)ให้คำแนะนำและคอยกระตุ้นเตือน ชักจูงโดยผู้วิจัย 3)ใช้ตัวแบบที่เป็นเจ้าหน้าที่ และ นักศึกษาที่เคยมีน้ำหนัก ตัวเกินมาตรฐานที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก มาให้คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ปภาวี รัตนธรรม และคณะ. (2557) ⁽⁸⁾ ได้ ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักการแพทย์แผน ไทย ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อ

ควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม ผลการศึกษพบว่า หลังการให้โปรแกรม กลุ่มทดลองมี การรับรู้ความสามารถ ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีวก่อนการทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษา ของ ธัญญารัตน์ นวลประเสริฐ (2556)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะ อ้วนลงพุง กลุ่มอายุ 35-60 ปี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการ รับรู้ความสามารถด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคม มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการลดน้ำหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ด้านความคาดหวังในการลดน้ำหนัก

หลัง การทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของ คะแนนด้านความคาดหวังของตนเองในการลดน้ำหนัก สูง กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่อง มาจากการที่กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองที่ดี ประกอบกับ ได้รับความรู้ด้าน อาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ได้รับรู้ข้อมูลของ ตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออก กำลังกายใน 24 ชั่วโมง และการบันทึกประสบการณ์การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในคู่มือการ ส่งเสริมสุขภาพฯ นำผลมาประเมินและวิเคราะห์เพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเอง ทำให้กลุ่ม ทดลองมีความคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถที่จะลด น้ำหนักได้สำเร็จ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Bandura 1977⁽⁶⁾ การที่บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง บุคคลนั้นก็มี แนวโน้มที่จะกระทำ พฤติกรรมนั้นแน่นอน ความคาดหวัง เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของบุคคลสามารถ พัฒนาขึ้นมาได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ ปภาวี รัตน ธรรม และคณะ. (2557) ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการ ประยุกต์ใช้หลักการแพทย์แผนไทย ร่วมกับการ ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า หลังการให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักเกิน ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เมตตา คุณวงศ์ (2553)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการลดน้ำหนักในวัยทองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรค โดยศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนัก ตำบลบ้านคู อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาญวรรัตน์ นวลประเสริฐ (2556)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มอายุ 35-60 ปี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการลดน้ำหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ด้านการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนด้านการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการที่ กลุ่มทดลอง มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน แจ้งผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประจำสัปดาห์ มีกิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิก ร่วมกับการกระชับกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน ร่วมกัน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งเพื่อนกับเพื่อน หัวหน้ากลุ่ม เจ้าหน้าที่ การเยี่ยม การโทรศัพท์ การสร้างกลุ่ม Line กลุ่ม Facebook เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนซึ่งกันและ

กัน มีการแบ่งกลุ่มย่อย 6 กลุ่มๆ ละ 5-6 คน เพื่อมีการประเมินภาวะน้ำหนักตัวเพื่อการแข่งขันเป็นรายกลุ่มเพื่อเป็นการกระตุ้น มีการให้รางวัลเพื่อเป็นแรงสนับสนุนทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปภาวรัตน์ธรรม และคณะ. (2557)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักการแพทย์แผนไทย ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎี การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ดีวก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญวรรัตน์ นวลประเสริฐ (2556)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มอายุ 35-60 ปี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมของกลุ่มวัย ซึ่งเป็นกลุ่มวัยของนักศึกษาแล้ว ส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเช้า ชอบรับประทานอาหารมื้อดึก ชอบรับประทานอาหารประเภทบุฟเฟต์ อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารกรอบกรอบ อาหารที่มีไขมันสูง อาหารในร้านสะดวกซื้อ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ทำให้มีผลต่อการลดน้ำหนักของนักศึกษา ประกอบกับ ช่วงเวลาในการทำวิจัยนั้นนักศึกษามีกิจกรรมการซ้อมเชียร์ ซึ่งช่วงเวลาในการซ้อมเชียร์มีอากาศร้อนทำให้นักศึกษาดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เพื่อไม่ให้เหนียวอ่อนเพลีย และนอกจากนี้ยังอยู่ในช่วงสอบของนักศึกษา ทำให้นักศึกษานอนดึก ก็จะรับประทานอาหารมื้อดึกเพื่ออ่านหนังสือเตรียมตัวสอบ และอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความหนักของการออกกำลังกายของ

กลุ่มทดลอง อาจจะยังไม่ได้รับระดับหรือเกณฑ์ที่จะทำให้ดัชนีมวลกายลดลงได้ ประกอบกับ ระยะเวลาของการวิจัย 12 สัปดาห์ อาจทำให้ผลของดัชนีมวลกายยังไม่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา คำเชื่อนแก้ว (2552)⁽¹²⁾ ได้ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองเพื่อให้ผู้มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ได้รับความรู้ที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมน้ำหนักโดยการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมและมีความคาดหวังในผลของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมราพรณ์ ก่อแก้ว และคณะ.(2556)⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการทำวิจัย และ เพิ่มความหนักในการออกกำลังกาย ตามกลุ่มอายุ และเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกินแต่ละระดับของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ การลดน้ำหนักมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรเลือกช่วงเวลาในการทำวิจัย ที่นักศึกษา ไม่มีกิจกรรมของมหาวิทยาลัย ไม่มีการสอบ หรือมีน้อยที่สุด
3. ควรมีการศึกษาความต้องการกิจกรรมการลดน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจ และได้รับกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความสามารถ ความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก
4. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มเป้าหมาย ภายหลังการวิจัยเป็นระยะ เพื่อเฝ้าระวังการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างยั่งยืน

ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงเกินมาตรฐาน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่มีอายุ 40-49 ปี ที่มีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว เกินมาตรฐาน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมประกอบด้วย การสร้างความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ และการพูดคุย ซึ่งพบว่า หลังการให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกัน

5. ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่ม นักศึกษาคณะอื่นๆ และในมหาวิทยาลัยอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นประสบการณ์ทางวิชาการที่มีคุณค่าสำหรับผู้วิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำแนะนำ แก่ไขข้อบกพร่อง ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนงบประมาณการทำวิจัยในครั้งนี้ และสุดท้ายขอขอบคุณนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ถาวร มาตัน. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงวิทยาเขต จังหวัดสุโขทัย. 2557
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2553.
3. ศูนย์เฝ้าระวังทางกายภาพ. รายงานผลการตรวจสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2557.
4. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.

5. อังสินันท์ อินทรคา แห่ง และ อนันต์ มาลารัตน์. **ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน**. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2560.
6. Bandura, A. “Self efficacy : Encyclopedia of human behavior v.s. Ramacchaudran academic press”. **Encyclopedia of Mental Health**. 46 : 71-81. 1994.
7. House, J. S. “The Association of Social Relationship and activities with mortality : Community health Study”. **American Journal Epidemiology**. 10(1) : 12-18. 1981.
8. ปภาวี รัตนธรรม และคณะ. “ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักการแพทย์แผนไทยร่วมกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 7(3) : 201-211, 2558.
9. ชัชฎา ประจตุทะเก. “ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน โดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 7(2) : 68-77, 2557.
10. ธัญญารัตน์ นวลประเสริฐ. **ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มอายุ 35-60 ปี**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพัฒนสุขภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2556.
11. เมตตา คุณวงศ์. “ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ตำบลบ้านคู อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม”. **วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 10(3) : 35-44, 2553.
12. อัจฉรา คำเชื่อนแก้ว. “ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักที่มีต่อพฤติกรรม การลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กลุ่มอายุ 35-60 ปี”. **วารสารราชพฤกษ์**. 9(1) : 183-189, 2554.
13. อัมราพรรณ ก่อแก้ว และคณะ. “ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนที่มีความน้ำหนักเกิน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์”. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม การประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย 9** : 196-205, 2554.

เกณฑ์ปกติสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง

THE HEALTH – RELATED PHYSICAL FITNESS NORMS OF RAMKHAMHAENG

UNIVERSITY STUDENT

จันทร์จารี เกตุมาโร¹ รัตนา เสงส์สวัสดิ์² ชนวงส์ หงษ์สุวรรณ³ เกษม ชูรัตน์⁴

บทคัดย่อ

ความมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาระดับสมรรถภาพทางกายและสร้างระดับสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชาย จำนวน 344 คน หญิง จำนวน 360 โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบทดสอบมาตรฐานระหว่างประเทศ (International Committee for the Standardization of Physical Fitness Test : ICSPT) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคะแนนที่ ผลการวิจัยพบว่า (1) สมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชายในการทดสอบวิ่งเร็ว 50 เมตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.08 วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.70 วินาที, ยืนกระโดดไกล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 เซนติเมตร มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.20 เซนติเมตร, ลูก-นั่ง 30 วินาที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.63 ครั้ง มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.52 ครั้ง, แรงบีบมือที่ถนัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.80 กิโลกรัม มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.76 กิโลกรัม, ดึงข้อราวเดี่ยว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ครั้ง มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.85 ครั้ง, วิ่งเก็บของ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.05 วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54 วินาที, นั่งงอตัวไปข้างหน้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.63 เซนติเมตร, มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.78 เซนติเมตร และวิ่งทางไกล 1,000 เมตร, มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.37 นาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 นาที ตามลำดับ (2) สมรรถภาพทางกายของนักศึกษาหญิงในการทดสอบวิ่งเร็ว 50 เมตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.06 วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.40 วินาที, ยืนกระโดดไกล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 เซนติเมตร มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.19 เซนติเมตร, ลูก-นั่ง 30 วินาที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.23 ครั้ง มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.39 ครั้ง, แรงบีบมือที่ถนัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.20 กิโลกรัม มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.07 กิโลกรัม, งอแขนห้อยตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.24 วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.53 วินาที, วิ่งเก็บของ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.29 วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 วินาที, นั่งงอตัวไปข้างหน้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.40 เซนติเมตร มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.87 เซนติเมตร และวิ่งทางไกล 800 เมตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.07 นาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 นาที ตามลำดับ (3) สมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนที่ 75 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนที่ 63 - 74 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนที่ 38 - 62 ระดับต่ำตรงกับคะแนนที่ 26 - 37 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนที่ 25 ลงมา (4) สมรรถภาพทางกายของนักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนที่ 73 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนที่ 62 - 72 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนที่ 39 - 61 ระดับต่ำตรงกับคะแนนที่ 28 - 38 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนที่ 27 ลงมา

คำสำคัญ : สมรรถภาพทางกาย , เกณฑ์ปกติ , นักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง

ABSTRACT

The purposes of this study were to investigate and to construct physical fitness of the Ramkhamhaeng University Undergraduate students in academic year 2016. The samples were 344 male students and 360 female students from stratified random sampling. The instrument was International Committee for Standardization of Physical Fitness Test (ICSPT). Data were analyzed by means, standard deviations and T-score. It was found that : (1) Physical fitness of male students in the item of 50 meters sprint is 9.08 seconds, S.D. = 0.70 ; standing board jump = 1.98 centimeters, S.D. = 0.20 ; 30 seconds sit-up = 24.63 time, S.D.= 5.52 ; grip strength = 42.80 kilogram, S.D.= 6.76 ; pull-up = 4.42, times S.D. = 1.85 ; shuttle run = 12.05 seconds, S.D.= 0.54 ; trunk forward flexion = 7.63 centimeters, S.D. = 5.78 ; 1,000 meters distance run = 6.37 minutes, S.D. = 0.69. (2) Physical fitness of female students of in the item of 50 meters sprint is = 9.06 seconds, S.D.= 1.40 ; standing board jump = 1.44 centimeters, S.D. = 0.19 ; 30 seconds sit-up = 17.23, S.D.= 4.39 ; grip strength =

¹ รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

² รองศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

³ อาจารย์ ดร. อาจารย์ประจำภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

⁴ อาจารย์ ดร. อาจารย์ประจำภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

28.20 kilogram, S.D.= 5.07 ; flexed-arm hang = 41.24 seconds, S.D. = 11.53 ; shuttle run = 13.29 seconds, S.D.= 0.69 ; trunk forward flexion = 7.40 centimeters, S.D. = 5.87 ; 800 meters distance run minute, = 7.07, S.D. = 0.75. (3) Physical fitness level of male students at very high level is over T- score 75, high level is 63 - 74, moderate level is 38 - 62, low level is 26 - 37, and lowest level is 25. (4) Physical fitness level of female students at very high level is over T- score 73, high level is 62 - 72, moderate level is 39 - 61, low level is 28 - 38, and lowest level is 27.

คำสำคัญ : PHTSICAL FITNESS , NORMS , RAMKHAMHAENG UNIVERSITY STUDENT

บทนำ

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสูงสุดทางสังคมทุกชุมชน จึงได้พยายามทุกวิถีทางเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นสมาชิกของคนให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพ ซึ่งมีผลต่อความสงบสุขและความมั่นคงของชุมชน พลศึกษาจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งในการที่จะช่วยส่งเสริมให้มนุษย์ได้มีการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นปัจจัยที่สำคัญของการพัฒนาทั้งปวงการที่คนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์มีสัดส่วนรูปร่างดีได้มาตรฐานองค์ประกอบจึงมีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาพของคน การออกกำลังกายจึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทุกคนควรจะได้ตระหนักและให้ความสำคัญเพราะการออกกำลังกายที่มีการจัดอย่างเป็นระบบและเหมาะสม ทำให้เกิดการปรับปรุงการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายให้มีประสิทธิภาพสูงสุด อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและสมรรถภาพทางกายดีขึ้น

ตามแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ.2545 - 2549) มีเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนร้อยละ 60 ได้มีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ สมรรถภาพทางกายและมีมิตรภาพระหว่างครอบครัวชุมชนอย่างเหมาะสมโดยทั่วถึง⁽¹⁾ สถาบันการศึกษา จึงเป็นองค์กรที่มีความสำคัญในการพัฒนาคนและพัฒนาเยาวชนให้เป็นทรัพยากรสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของประเทศ โดยการพัฒนาให้เยาวชนมีคุณภาพคือให้มีสมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพทางจิตใจ สมรรถภาพทางอารมณ์และสมรรถภาพทางสังคม เพื่อที่นำไปสู่การพัฒนาประเทศชาติให้ได้ผลดีต่อไป

มหาวิทยาลัยรามคำแหง เป็นสถาบันการศึกษา ระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งที่สร้างบุคลากรเพื่อประกอบวิชาชีพหลายอย่าง โดยหวังว่านักศึกษาที่จบการศึกษาออกไปนั้น ควรเป็นผู้มีคุณสมบัติพร้อมในด้านต่าง ๆ อันประกอบด้วยองค์ความรู้ คุณธรรมและจริยธรรม เพื่อจะได้เป็นผู้ประกอบอาชีพที่ดีในเรื่องของความสำนึกและความรับผิดชอบ อันเป็นคุณลักษณะที่กำหนดไว้ในปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรการศึกษา การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้านพลศึกษาของนักศึกษาจะก่อให้เกิดความเจริญงอกงามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ กิจกรรมพลศึกษามีมากมายหลายประเภท ซึ่งบรรจุไว้ในหลักสูตรพลศึกษาในระดับการศึกษาต่าง ๆ แต่ละประเภทต่างก็มีความสำคัญและมีความสำคัญแก่นักเรียน นักศึกษาหรือผู้เข้าร่วมแตกต่างกันออกไป

วาสนา คุณาภิสิทธิ์ (2540, หน้า 256 - 257)⁽²⁾ ได้สรุปประเภทของกิจกรรมพลศึกษาควรมีอย่างน้อย 7 ประเภท คือ ทักษะพื้นฐาน เกมและกิจกรรมเข้าจังหวะ กิจกรรมทดสอบตนเอง การเล่นเกมและกีฬา และเชียร์ลีดเดอร์ กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างป้องกันและแก้ไขร่างกาย และกีฬาทางน้ำ

มหาวิทยาลัยรามคำแหง ได้ก่อตั้งมาเป็นระยะเวลา 42 ปี ในตลอดระยะเวลาที่ผ่านมามหาวิทยาลัยรามคำแหง ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานด้วยดีตลอดมาในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียนการสอน การวิจัย การทำนุบำรุง ศิลปวัฒนธรรมและด้านการให้บริการแก่สังคม ส่งเสริมให้นักศึกษาและบุคลากร มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ รักการออกกำลังกาย มีการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หลังเลิกเรียนตามภารกิจหลักของสถาบันอุดมศึกษา แต่สภาวะสังคมในปัจจุบันที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น เทคโนโลยีและการสื่อสารเข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิต มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มมากขึ้น ทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของนักศึกษาที่

เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย มองข้ามกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางกายหรือการออกกำลังกายส่งผลให้ระดับสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาต่ำ ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นอาจารย์สอนวิชา HPR 1001 (กีฬาเพื่อสุขภาพ) กิจกรรมพลศึกษาเพื่อคุณภาพชีวิตในมหาวิทยาลัยรามคำแหง ทำหน้าที่ช่วยส่งเสริมสุขนิสัยและทักษะนิสัยในการออกกำลังกายที่ดีพบว่า แนวทางการพัฒนาคุณภาพของการเรียนการสอนวิชาพลศึกษาให้มีประสิทธิภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้องรับทราบถึงสมรรถภาพทางร่างกายของนักศึกษาการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ที่เป็นความจริงที่เกิดขึ้น และระดับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเรียนการสอนวิชากีฬาเพื่อสุขภาพ และเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยเฉพาะการสร้างสมรรถภาพพื้นฐานผู้วิจัยเห็นว่าแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายมาตรฐานระหว่างประเทศ (International Committee for the Standardization of Physical Fitness Test ; ICSFT) ประกอบด้วยแบบทดสอบ 8 รายการ สามารถทดสอบความสมบูรณ์ได้ครบทั้งองค์ประกอบและยังเป็นแรงจูงใจ ให้ผู้รับการทดสอบเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเองให้มีนิสัยรักการออกกำลังกายและเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถภาพทางกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง พร้อมทั้งสร้างระดับสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยการนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนและข้อมูลแก่ครูพลศึกษา และนำมาพัฒนาปรับปรุงสมรรถภาพทางร่างกายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาดังต่อไปนี้

- 1) เพื่อศึกษาระดับสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- 2) เพื่อสร้างระดับสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา HPR 1001 (กีฬาเพื่อสุขภาพ) ปีการศึกษา 2559 เป็นนักศึกษาชาย จำนวน 2,807 คน และนักศึกษาหญิง จำนวน 4,265 คน รวมทั้งสิ้น 7,072 คน ซึ่งได้มาจากการสำรวจ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงในระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่เรียนวิชา HPR 1001 (กีฬาเพื่อสุขภาพ) ปีการศึกษา 2558 จำนวน 704 คน เป็นนักศึกษาชาย 344 คน และนักศึกษาหญิง 360 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น(Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายของคณะกรรมการนานาชาติ (International Committee for the Standardization of Physical Fitness Test: ICSPFT) เป็นแบบทดสอบที่ใช้ทำการทดสอบบุคคลชายหญิง อายุตั้งแต่ 6 - 32 ปี (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2545: 17) ประกอบด้วยรายการทดสอบ 8 รายการทดสอบดังนี้ วิ่งเร็ว 50 เมตร (50 Meter Sprint) ยืนกระโดดไกล (Standing Broad Jump) ลูกนั่ง 30 วินาที (30 Second Sit-Up) แรงบีบมือที่ถนัด (Grip Strength) ดึงข้อราวเดี่ยว (Pull-up) สำหรับชาย งอแขนห้อยตัว (Flexed-Arm Hang) สำหรับหญิง วิ่งเก็บของ (Shuttle Run) นั่งงอตัวข้างหน้า (Trunk Forward Flexion) วิ่งทางไกล (Distance Run) 800 เมตร สำหรับหญิง 1,000 เมตร สำหรับชาย

2. อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องวัดความอ่อนตัว (Flexibilimeter) เทปวัดระยะหน่วยเป็นเซนติเมตร/เมตร นกหวีด นาฬิกาจับเวลา เครื่องวัดแรงบีบมือ (Grip dynamometer) แผ่นยางสำหรับยืนกระโดดไกล เบาะรอง ท่อนไม้ 2 ท่อน (ขนาด 5x5x10 ซม.) ราวเดี่ยวเลื่อนระดับได้

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชาย มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

รายการ	นักศึกษาชาย		นักศึกษาหญิง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. วิ่งเร็ว 50 เมตร (วินาที)	9.08	0.70	9.06	1.40
2. ขึ้นกระโดดไกล (เซนติเมตร)	1.98	0.20	1.44	0.19
3. ลูก-นั่ง 30 วินาที (ครั้ง)	24.63	5.52	17.23	4.39
4. แร้งบีบมือที่ถนัด (กิโลกรัม)	42.80	6.76	28.20	5.07
5. ดึงข้อราวเดี่ยว (ครั้ง)	4.42	1.85	41.24	11.53
6. วิ่งเก็บของ (วินาที)	12.04	0.54	13.29	0.69
7. นั่งอตัวข้างหน้า (เซนติเมตร)	7.63	5.78	7.40	5.87
8. วิ่งทางไกล 1,000 เมตร (นาที)	6.37	0.69	7.07	0.75

ตาราง 1 แสดงสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชายในการทดสอบวิ่งเร็ว 9.08 เมตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ วินาที 0.70, ขึ้นกระโดดไกล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ เซนติเมตร มีค่าส่วนเบี่ยงเบน 1.98 เซนติเมตร 0.20 มาตรฐานเท่ากับ, ลูกวินาที มีค่าเฉลี่ย 30 นั่ง-ครั้ง 5.52 ครั้ง มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 24.63 เท่ากับ , แร้งบีบมือที่ถนัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ กิโลกรัม มีค่าส่วน 42.80 กิโลกรัม 6.76 เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ, ดึงข้อราวเดี่ยว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ครั้ง มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.42 ครั้ง 1.85, วิ่งเก็บของ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ วินาที มีค่าส่วน 12.05 เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ วินาที 0.54, นั่งอตัวไปข้างหน้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ เซนติเมตร 7.63,มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1 เซนติเมตร และวิ่งทางไกล 5.78,เมตร 000, มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ นาที 0.69 นาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.37 ตามลำดับ

จากตาราง 2 แสดงว่าสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาหญิงในการทดสอบวิ่งเร็ว 50 เมตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.06วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.40 วินาที, ขึ้นกระโดดไกล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 เซนติเมตร มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.19 เซนติเมตร,ลูก-นั่ง-30 วินาที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.23 ครั้ง มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.39 ครั้ง,แร้งบีบมือที่ถนัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.20 กิโลกรัม มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.07 กิโลกรัม, งอแขนห้อยตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.24 วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.53 วินาที, วิ่ง

เก็บของ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.29 วินาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 วินาที,นั่งอตัวไปข้างหน้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.40 เซนติเมตร มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.87 เซนติเมตร และวิ่งทางไกล 800 เมตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.07 นาที มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 นาทีตามลำดับ

ตาราง 2 ระดับสมรรถภาพในการทดสอบ วิ่งเร็ว 50 เมตร ของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับ	นักศึกษาชาย N = 344		นักศึกษาหญิง N = 360	
	คะแนน ดี	คะแนน ที่	คะแนน ดี	คะแนน ที่
สูงมาก	ต่ำกว่า 7.59	สูงกว่า 75	ต่ำกว่า 7.00	สูงกว่า 69
สูง	6.20-7.60	74-63	7.65-7.01	68-60
ปานกลาง	-8.21 10.01	62-38	-7.66 10.30	59-41
ต่ำ	-10.02 10.80	37-26	-10.31 11.72	40-32
ต่ำมาก	สูงกว่า 10.81	ต่ำกว่า 25	สูงกว่า 11.73	ต่ำกว่า 31

จากตาราง 2 แสดงว่า

1. สมรรถภาพในการทดสอบวิ่งเร็ว 50 เมตรของนักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดีที่ 7.59 วินาที ลงมา หรือตรงกับคะแนน ที่ 75 ขึ้นไป ระดับสูง

ตรงกับคะแนนดิบที่ 7.60 - 8.20 วินาที หรือตรงกับคะแนนที่ 63 - 74 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 8.21 - 10.01 วินาที หรือตรงกับคะแนนที่ 38 - 62 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 10.02 - 10.80 วินาที หรือตรงกับคะแนนที่ 26 - 37 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 10.81 วินาทีขึ้นไป หรือตรงกับคะแนนที่ 25 ลงมา

2. สมรรถภาพในการทดสอบวิ่งเร็วของนักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 7.00 วินาที ลงมา หรือตรงกับคะแนนที่ 69 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 7.01 - 7.65 วินาที หรือตรงกับคะแนนที่ 60 - 68 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 7.66 - 10.30 วินาที หรือตรงกับคะแนนที่ 41-59 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 10.31-11.72 วินาที หรือตรงกับคะแนนที่ 32 - 40 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 11.73 วินาทีขึ้นไป หรือตรงกับคะแนนที่ 31 ลงมา

ตาราง 3 ระดับสมรรถภาพในการทดสอบขึ้นกระโดดไกลของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับสมรรถภาพทางกาย	นักศึกษาชาย N = 344		นักศึกษาหญิง N = 360	
	คะแนนดิบ	คะแนนที่	คะแนนดิบ	คะแนนที่
สูงมาก	สูงกว่า 255	สูงกว่า 80	สูงกว่า 184	สูงกว่า 73
สูง	254-228	79-65	183-167	72-62
ปานกลาง	227-170	64-36	166-123	61-39
ต่ำ	169-140	35-21	122-110	38-28
ต่ำมาก	ต่ำกว่า 139	ต่ำกว่า 20	ต่ำกว่า 109	ต่ำกว่า 27

จากตาราง 3 แสดงว่า

1. สมรรถภาพในการทดสอบขึ้นกระโดดไกล นักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 255 เซนติเมตร ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนนที่ 80 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 228 - 254 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนนที่ 65 - 79 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 170 - 227 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนนที่ 36-64 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 140 - 169 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนน

ที่ 21 - 35 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 139 เซนติเมตร ลงมา หรือตรงกับคะแนนที่ 20 ลงมา

2. สมรรถภาพในการทดสอบขึ้นกระโดดไกล นักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 184 เซนติเมตร ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนนที่ 73 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 167 - 183 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนนที่ 62 - 72 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 123 - 166 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนนที่ 39 - 61 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 110 - 122 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนนที่ 28 - 38 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 109 เซนติเมตร ลงมา หรือตรงกับคะแนนที่ 27 ลงมา

ตาราง 4 ระดับสมรรถภาพในการทดสอบลูก นิ่ง -30 วินาทีของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับสมรรถภาพทางกาย	นักศึกษาชาย N=344		นักศึกษาหญิง N=360	
	คะแนนดิบ	คะแนนที่	คะแนนดิบ	คะแนนที่
สูงมาก	สูงกว่า 40	สูงกว่า 77	สูงกว่า 26	สูงกว่า 69
สูง	39-33	76-64	25-22	66-60
ปานกลาง	32-16	63-37	21-14	59-41
ต่ำ	17-12	36-24	13-10	40-32
ต่ำมาก	ต่ำกว่า 11	ต่ำกว่า 23	ต่ำกว่า 9	ต่ำกว่า 31

จากตาราง 4 แสดงว่า

1. สมรรถภาพในการทดสอบลูก นิ่ง -30 วินาที นักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 40 ครั้ง ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนนที่ 77 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 33 - 39 ครั้ง หรือตรงกับคะแนนที่ 64 - 76 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 18 - 32 หรือตรงกับคะแนนที่ 37 - 63 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 12 - 17 ครั้ง หรือตรงกับคะแนนที่ 24 - 36 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 11 ครั้ง ลงมา หรือตรงกับคะแนนที่ 23 ลงมา

2. สมรรถภาพในการทดสอบลูก นิ่ง -30 วินาที นักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 26 ครั้ง ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนนที่ 69 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 22 - 25 ครั้ง หรือตรงกับคะแนนที่ 60- 68

ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 14 - 21 หรือตรงกับคะแนนที่ 41 - 59 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 10 - 13 ครั้ง หรือตรงกับคะแนน ที่ 32 - 40 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 9 ครั้ง ลงมา หรือตรงกับคะแนน ที่ 31 ลงมา

ตาราง 5 ระดับสมรรถภาพในการทดสอบแรงบีบมือของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับ	นักศึกษาชาย N = 344		นักศึกษาหญิง N = 360	
สมรรถภาพทางกาย	คะแนนดิบ	คะแนนที่	คะแนนดิบ	คะแนนที่
สูงมาก	สูงกว่า 59.21	สูงกว่า 75	สูงกว่า 38.00	สูงกว่า 69
สูง	-51.01 59.20	74-63	-33.01 37.99	68-60
ปานกลาง	-35.00 51.00	62-38	-23.50 33.00	59-41
ต่ำ	-26.50 34.99	37-26	-18.51 23.49	40-32
ต่ำมาก	ต่ำกว่า 26.49	ต่ำกว่า 25	ต่ำกว่า 18.50	ต่ำกว่า 31

จากตาราง 5 แสดงว่า

1. สมรรถภาพในการทดสอบแรงบีบมือ นักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 59.21 กิโลกรัม ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ 75 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 51.01 - 59.20 กิโลกรัมหรือตรงกับคะแนน ที่ 63 - 74 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 35.00 - 51.00 กิโลกรัมหรือตรงกับคะแนน ที่ 38 - 62 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 26.50 - 34.99 กิโลกรัม หรือตรงกับคะแนน ที่ 26 - 37 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 26.49 กิโลกรัม ลงมา หรือตรงกับคะแนน ที่ 25 ลงมา

2. สมรรถภาพในการทดสอบแรงบีบมือ นักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 38.00 กิโลกรัม ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ 69 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 33.01 - 37.99 กิโลกรัมหรือตรงกับคะแนน ที่ 60 - 68 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 23.50 - 33.00 กิโลกรัม หรือตรงกับคะแนน ที่ 41- 59 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 18.51 - 23.49 กิโลกรัม หรือตรงกับคะแนน ที่ 32 - 40 ระดับต่ำมากตรงกับ

กับคะแนนดิบที่ 18.50 กิโลกรัม ลงมา หรือตรงกับคะแนน ที่ 31 ลงมา

ตาราง 6 ระดับสมรรถภาพในการทดสอบดึงข้อราวดำของนักศึกษาชายและงอแขนห้อยตัวของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับ	นักศึกษาชาย N = 344		นักศึกษาหญิง N = 360	
สมรรถภาพทางกาย	คะแนนดิบ	คะแนนที่	คะแนนดิบ	คะแนนที่
สูงมาก	สูงกว่า 8	สูงกว่า 69	ขึ้น 59.34 ไป	สูงกว่า 67
สูง	7	68-60	-50.16 59.33	66-59
ปานกลาง	6-3	59-41	-31.01 50.15	58-42
ต่ำ	2-1	40-32	-21.43 31.00	41-34
ต่ำมาก	ต่ำกว่า 0	ต่ำกว่า 31	ต่ำกว่า 21.42	ต่ำกว่า 33

จากตาราง 6 แสดงว่า

1. สมรรถภาพในการทดสอบดึงข้อราวดำ นักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 8 ครั้ง ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ 69 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 7 ครั้ง หรือตรงกับคะแนนที่ 60 - 68 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 3 - 6 ครั้ง หรือตรงกับคะแนนที่ 41 - 59 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 1 - 2 ครั้ง หรือตรงกับคะแนน ที่ 32 - 40 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 0 ครั้งลงมา หรือตรงกับคะแนนที่ 31 ลงมา

2. สมรรถภาพในการทดสอบงอแขนห้อยตัวของนักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 59.34 วินาที ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ 67 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 50.16 - 59.33วินาที หรือตรงกับคะแนน ที่ 59 - 66 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 31.01 - 50.15 วินาที หรือตรงกับคะแนน ที่ 42- 58 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 21.43 - 31.00 วินาที หรือตรงกับคะแนนที่ 34 - 41 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 21.42 วินาทีลงมา หรือตรงกับคะแนน ที่ 33 ลงมา

ตาราง 7 ระดับสมรรถภาพในการทดสอบวิ่งเก็บของนักศึกษาชาย และนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับ สมรรถภาพ ทางกาย	นักศึกษาชาย N = 344		นักศึกษาหญิง N = 360	
	คะแนน ดิบ	คะแนนที่	คะแนน ดิบ	คะแนน ที่
สูงมาก	ต่ำกว่า 11.14	สูงกว่า 67	ต่ำกว่า 11.42	สูงกว่า 77
สูง	-11.15 11.58	66-59	-11.43 12.41	76-64
ปานกลาง	-11.59 12.54	58-42	-12.42 14.24	63-37
ต่ำ	-12.55 12.70	41-34	-14.25 14.68	36-24
ต่ำมาก	สูงกว่า 12.71	ต่ำกว่า 33	สูงกว่า 14.69	ต่ำกว่า 23

จากตาราง 7 แสดงว่า

1. สมรรถภาพในการทดสอบวิ่งเก็บของนักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 11.14 วินาที ลงมาหรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 67 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 11.15 - 11.58 วินาทีหรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 59 - 66 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 11.59 - 12.54 หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 42 - 58 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 12.55 - 12.70 หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 34 - 41 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 12.71 วินาที ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 33 ลงมา

2. สมรรถภาพในการทดสอบวิ่งเก็บของนักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 11.42 วินาที ลงมา หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 77 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 11.43 - 12.41 วินาที หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 64 - 76 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 12.42 - 14.24 วินาทีหรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 37 - 63 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 14.25 - 14.68 วินาที หรือตรงกับคะแนนที่ที่ 24 - 36 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 14.69 วินาที ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 23 ลงมา

ตาราง 8 ระดับสมรรถภาพในการทดสอบนั่งงอตัวไปข้างหน้าของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับ สมรรถภาพ ทางกาย	นักศึกษาชาย N = 344		นักศึกษาหญิง N = 360	
	คะแนน ดิบ	คะแนนที่	คะแนน ดิบ	คะแนน ที่
สูงมาก	สูงกว่า 20.1	สูงกว่า 73	สูงกว่า 20.1	สูงกว่า 75
สูง	-14.1 20.00	72-62	-14.5 20.00	74-63
ปานกลาง	14.00-1.0	61-39	14.5-0.1	62-38
ต่ำ	0-5.0-	38-28	6.9-- 20.00	37-26
ต่ำมาก	ต่ำกว่า - 5.1	ต่ำกว่า 27	ต่ำกว่า - 7.00	ต่ำกว่า 35

จากตาราง 8 แสดงว่า

1. สมรรถภาพในการทดสอบนั่งงอตัวไปข้างหน้าของนักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 20.1 เซนติเมตร ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 73 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 14.1 - 20.0 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 62 - 72 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 1.0 - 14.0 เซนติเมตรหรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 39 - 61 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ -5.0 - 0.9 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนนที่ที่ 28 - 38 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ -5.1 เซนติเมตร ลงมาหรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 27 ลงมา

2. สมรรถภาพในการทดสอบนั่งงอตัวไปข้างหน้าของนักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 20.1 เซนติเมตร ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 72 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 14.5 - 20 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 63 - 74 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 0.1 - 14.5 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 38 - 62 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ -6.9 - 0.0 เซนติเมตร หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 26 - 37 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ -7.0 เซนติเมตร ลงมา หรือตรงกับคะแนนที่ที่ 25 ลงมา

ตาราง 9 ระดับสมรรถภาพในการทดสอบวิ่งทางไกล 1,000 เมตร ของนักศึกษาชายและวิ่งทางไกล 800 เมตร ของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับ	นักศึกษาชาย N = 344		นักศึกษาหญิง N = 360	
สมรรถภาพทางกาย	คะแนนดิบ	คะแนนที่	คะแนนดิบ	คะแนนที่
สูงมาก	ต่ำกว่า 5.21	สูงกว่า 71	ต่ำกว่า 5.37	สูงกว่า 73
สูง	5.58-5.22	70-61	6.23-5.38	72-62
ปานกลาง	7.09-5.59	60-40	7.90-6.24	61-39
ต่ำ	7.55-7.10	39-30	8.89-7.91	36-28
ต่ำมาก	สูงกว่า 7.56	ต่ำกว่า 29	สูงกว่า 8.90	ต่ำกว่า 27

จากตาราง 9 แสดงว่า

1. สมรรถภาพในการทดสอบวิ่งทางไกล 1,000 เมตร ของนักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 5.21 นาที ลงมาหรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 71 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 5.22-5.58 นาที หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 61 - 70 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 5.59 - 7.09 นาที หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 40 - 60 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 7.10 - 7.55 นาที หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 30 - 39 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 7.56 นาที ขึ้นไป หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 29 ลงมา

2. สมรรถภาพในการทดสอบวิ่งทางไกล 800 เมตร ของนักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนนดิบที่ 5.37 นาที ลงมา หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 73 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนดิบที่ 5.38 - 6.23 นาที หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 62 - 72 ระดับปานกลางตรงกับคะแนนดิบที่ 6.24 - 7.90 นาที หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 39 - 61 ระดับต่ำตรงกับคะแนนดิบที่ 7.91 - 8.89 นาที หรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 28-38 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนนดิบที่ 8.90 นาที ขึ้นไปหรือตรงกับคะแนน ที่ที่ 27 ลงมา

ตาราง 10 ระดับสมรรถภาพทางกายรวมของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2559

ระดับ	นักศึกษาชาย N = 344	นักศึกษาหญิง N = 360
สมรรถภาพทางกาย	คะแนนที่	คะแนนที่
สูงมาก	สูงกว่า 75	สูงกว่า 73
สูง	74-63	72-62
ปานกลาง	62-38	61-39
ต่ำ	37-26	38-28
ต่ำมาก	ต่ำกว่า 25	ต่ำกว่า 27

จากตาราง 10 แสดงว่า

1. สมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชาย ระดับสูงมากตรงกับคะแนนที่ที่ 75 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนที่ที่ 63 - 74 ระดับปานกลางตรงกับคะแนน ที่ที่ 38 - 62 ระดับต่ำตรงกับคะแนนที่ที่ 26 - 37 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนน ที่ที่ 25 ลงมา

2. สมรรถภาพทางกายของนักศึกษาหญิง ระดับสูงมากตรงกับคะแนน ที่ที่ 73 ขึ้นไป ระดับสูงตรงกับคะแนนที่ที่ 62 - 72 ระดับปานกลางตรงกับคะแนน ที่ที่ 39 - 61 ระดับต่ำตรงกับคะแนนที่ที่ 28 - 38 ระดับต่ำมากตรงกับคะแนน ที่ที่ 27 ลงมา

สรุปและอภิปรายผล

สมรรถภาพทางกายของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงในการทดสอบวิ่งเร็ว 50 เมตร, ยืนกระโดดไกล, ลูก - นิ่ง 30 วินาที, แรงบีบมือที่ถนัด, ดึงข้อราวเดี่ยว(ช.) / งอแขนห้อยตัว (ญ.), วิ่งเก็บของ, นิ่งงอตัวข้างหน้าและวิ่งทางไกล 800 (ญ.) / 1,000 (ช.) เมตร พบว่า ระดับสมรรถภาพทางกายรวมทุกรายการของนักศึกษาชายจะมีสมรรถภาพทางกายที่สูงกว่าผู้หญิง เพราะมีการเพิ่มระดับสมรรถภาพทางกาย เป็นขบวนการที่ต่อเนื่องเป็นไปตามอายุกล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นขนาดและระดับสมรรถภาพทางกายก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วยสอดคล้องกับงานวิจัยของจำลอง ภูบัวรุ่ง (2531 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาสมรรถภาพทางกายของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายระหว่างประเทศพบว่า “การเจริญเติบโตและพัฒนาการของนักเรียนเป็นไปได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ

เป็นกระบวนการที่มีต่อเนื่องกับการศึกษาและสอดคล้องกับ ประทุม ม่วงมี (2527 : 93 - 94, 318)⁽³⁾ กล่าวถึงสมรรถภาพทางกายที่แตกต่างของอายุและเพศไว้ว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างพัฒนาการในเรื่องความแข็งแรงของผู้ชายจะมีมากกว่าผู้หญิงในระยะวัยรุ่น อาจจะเป็นเพราะอัตราการผลิตฮอร์โมนเพศชาย (Androgen ในผู้ชาย และ Estrogen ในผู้หญิง) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความแข็งแรงตามขนาดของกล้ามเนื้อ โครงสร้างพื้นฐานและกระบวนการทางสรีรวิทยาระหว่างผู้หญิงกับผู้ชายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นอาจได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อและค่านิยมต่อแนวการดำรงชีวิต การฝึกและเล่นกีฬาของผู้หญิงและผู้ชาย นักศึกษาหญิง เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายหรือโครงสร้างทางร่างกาย ผู้หญิงจะมีอุ้มกระดูกเชิงกรานขยายใหญ่ขึ้น ทำให้

มีการเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง ส่งผลให้ความแข็งแรงพลังและความอดทนของร่างกายน้อยกว่าผู้ชาย

จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาชายมีสมรรถภาพทางกายสูงกว่านักศึกษาหญิง ผู้วิจัยได้พิจารณาจากการทดสอบสมรรถภาพทางกายแล้วพบว่า ทุกรายการจะมีการวัดความแข็งแรงและความอดทน มีองค์ประกอบต่าง ๆ ในเรื่องอายุ การเจริญเติบโต การพัฒนาและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งผลของการทดสอบแต่ละรายการนั้น มุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ทดสอบและสามารถวัดในด้านความสามารถของแต่ละบุคคล โดยส่วนใหญ่แล้วนักศึกษาชายจะมีสมรรถภาพทางกายที่ดีกว่านักศึกษาหญิง เพราะมีการพัฒนาการเพิ่มตามระดับสมรรถภาพทางกายเป็นขบวนการที่ต่อเนื่องเป็นไปตามอายุและเพศ ซึ่งเป็นพัฒนาการตามธรรมชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. การกีฬาแห่งประเทศไทย. แผนพัฒนากีฬาแห่งชาติฉบับที่ 3. (พ.ศ. 2545 - 2549). กรุงเทพฯ : นิเวศนิคมการพิมพ์ (1996) จำกัด, 2544.
2. วาสนา คุณาอภิสิทธิ์. วิทยาศาสตร์การกีฬาทำพิสูจน์. กรุงเทพฯ : กระทรวงศึกษาธิการ, 2540
3. ประทุม ม่วงมี. รากฐานทางสรีรวิทยาของการออกกำลังกายและการพลศึกษา. กรุงเทพฯ : บุรพาสาน์, 2527.

ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัด
นครนายก

**Images of Professional Nurses as Perceived by Clients of In-patient Departments
at Pakphi Hospital, Nakhonnayok Province**

ณิชากร แก่นเผือก¹, อารี ชิวเกษมสุข²

Nichakorn kaenpuek¹, Aree Cheevakasemsook²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก 2) เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 ลำดับแรกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จำนวน 153 คน ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.98

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยของภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี 2) ผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) ผู้ดูแลที่ดีที่สุดของผู้ป่วย (2) ผู้มีการสื่อสารที่ดีพูดจาไพเราะ (3) ผู้เสียสละ (4) ผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และ (5) ผู้ที่มีความอดทน

คำสำคัญ: ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ, แผนกผู้ป่วยใน, โรงพยาบาลปากพลี

Abstract

This study which the purposes were:- 1) to study images of professional nurses as perceived by clients of In-patient departments at Pakphi Hospital, Nakhonnayok province, 2) to compare images professional nurses as perceived by clients according to demographic data, and 3) to find five top images of professional nurses as perceived by clients. The sample consisted of 153 clients. who were hospitalized at In-patient departments. They were chosen by the systematic sampling technique. The study tool consisted of three parts: 1) demographic data, 2) images of professional nurses, and 3) five top their mages. The tools were verified by three experts. The reliability of the second part which was done by Cronbach's alpha coefficient was 0.98

The results were as follows. 1) The clients revealed images of professional nurses at the good level. The image dimensions were rated as academic, profession, career, moral and ethics, and communication respectively. 2) The clients with diverse personal background did not view nurses images significantly difference. 3) Five top images of professional nurses were: 1) the best care givers of clients, 2) a good communicator with polite speaking, 3) devotee, 4) a person who had sympathy, and 5) a person who was patient.

Keywords: Professional nurses' image, In-patient department, Pakphi Hospital

¹ มหาวิทยาลัยมหิดลศูนย์วิจัยสุขภาพโรงพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

ภาพลักษณ์พยาบาลเป็นภาพของพยาบาลที่เกิดขึ้นในใจของบุคคลที่รับรู้จากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ภาพลักษณ์พยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงสมัย ในอดีตภาพลักษณ์ของพยาบาลมาจากภาพของแม่ชีที่ดูแลผู้ป่วย ช่วงสงครามโลกสตรีได้อาสาดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากสงคราม ภาพลักษณ์พยาบาลปรากฏชัดขึ้นจากการปฏิบัติงานของ ฟลอเรนซ์ นิงเกิล ผู้เป็นแบบอย่างในความมีเมตตา กรุณา เสียสละ อุทิศตนช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บจากสงคราม และได้พัฒนาวิชาชีพพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย ภาพลักษณ์พยาบาลเมื่อยุคร้อยปีก่อนได้อบรมกุลสตรีไทยให้เป็นผู้ช่วยแพทย์ใน โรงพยาบาล จนกระทั่งเป็นภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องพัฒนาการบริการและองค์ความรู้ทางพยาบาลให้ทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย⁽²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลอย่างต่อเนื่องและพบว่าภาพลักษณ์พยาบาลมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ภาพลักษณ์ด้านบวก เช่น พยาบาลเป็นผู้มีคุณธรรม มีศีลธรรม เสียสละ อดทน เป็นนางฟ้า ผู้มีความเมตตา กรุณา ความรู้ มีความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติงาน^(1,3-8) มีความรับผิดชอบ ละเอียรอบคอบ มีน้ำใจ ชอบช่วยเหลือมีเมตตา นุ่มนวล อ่อนหวาน⁽⁹⁾ เป็นต้น ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านลบ เช่น พยาบาลเป็นผู้ทำให้เจ็บปวด⁽¹⁰⁾ (Muff, 1988) ผู้เคร่งครัดกฎระเบียบ ผู้เพ้อฝัน⁽³⁾ ผู้รับใช้ของแพทย์⁽⁵⁾ ต้องทำตามคำสั่งแพทย์ ขาดอารมณ์ขัน ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส ขาดความกล้าในการตัดสินใจ⁽⁶⁾ เคร่งครัดในกฎระเบียบ ยึดติดกับรูปแบบขั้นตอนมากเกินไป⁽¹¹⁾ พูดเสียงดังและวิจารณ์เรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย เป็นต้น สรุปได้ว่าภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการทั้ง

ภายในประเทศและต่างประเทศมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่การศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐในระดับทุติยภูมิและในโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับโรงพยาบาลปากพลีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายกก็ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน

โรงพยาบาลปากพลีเป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้บริการด้านสาธารณสุขตามภารกิจครอบคลุมมิติ ด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ภายใต้วิสัยทัศน์ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ในด้านการบริการสุขภาพ ชุมชนมีส่วนร่วม ร่วมใจสร้างสุขภาพ ให้การบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง⁽¹²⁾ สำหรับหอผู้ป่วยในให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกประเภทที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นยังผู้สื่อสารและประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการจึงมองเห็นคุณลักษณะต่าง ๆ ของพยาบาลได้อย่างชัดเจน จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปี พ.ศ. 2558 พบว่า อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล แผนกผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 85.6⁽¹²⁾ แม้ว่าผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจะอยู่ในระดับดี แต่ยังมีข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการบางกลุ่มในเรื่องของพฤติกรรมบริการในด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย⁽¹³⁾ ดังนั้นการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพจึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและสนับสนุนให้มีการศึกษาว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาพลักษณ์เป็นอย่างไร เพื่อนำมาปรับปรุงให้พยาบาลวิชาชีพให้มีภาพลักษณ์ที่ดีสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณค่าให้กับพยาบาลวิชาชีพและเพิ่มคุณค่าขององค์กร ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจในบริการของโรงพยาบาลปากพลีต่อไป

โดยสรุป ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพเป็นความประทับใจต่อพยาบาลและการบริการที่ได้รับตามการรับรู้

ของผู้ใช้บริการ ภาพลักษณ์พยาบาลในอดีตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ใช้บริการมีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยต่างๆ การศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศมีทั้งภาพลักษณ์ด้านบวกและด้านลบ โดยเฉพาะในประเทศไทย มีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และในโรงพยาบาลเอกชน แต่ยังไม่พบว่า มีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในบริบทของโรงพยาบาลปากพลีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมให้มีการสร้างภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับ ซึ่งจะเป็นการสร้างคุณค่า และพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับของสังคมรวมทั้งสร้างชื่อเสียงของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก
- 2.เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
- 3.ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 ลำดับแรกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ

สมมุติฐานการวิจัย

- 1.ผู้ให้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลีแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก ในช่วงเดือนมีนาคม 2559 ถึง เดือนมิถุนายน 2559

1.ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก จำนวน 1,028 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ที่มาใช้บริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ และหาขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร (วิลด์ กุสทวิทช์กุล, 2549:5-47) จำนวน 153 คน ดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad n_0 = \frac{Z_{\alpha}^2 CV^2}{r^2}, \quad CV = \frac{s}{\bar{x}}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad n_0 = \frac{(1.96^2)(0.102^2)}{0.015^2}$$

$$n = \frac{178.66}{1 + \frac{178.66}{1028}}$$

$$n = 152.2 = 153$$

จากการคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายกจำนวน 153 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion onlineia) เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ดี ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion onlineia) ผู้ใช้บริการที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือมีอาการไม่คงที่ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และการตอบคำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ จำนวน 47 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนน ระดับความคิดเห็น

4.50 – 5.00	ดีมาก
3.50 – 4.49	ดี
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	ไม่ดี
1.00 – 1.49	ไม่ดียิ่ง

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ 5 ลำดับแรก โดยให้ใส่หมายเลข 1 ถึง 5 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย จำนวน 5 ลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากนั้นจึงนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. นำโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ก่อนดำเนินงานวิจัย

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการศึกษาและประโยชน์ของการศึกษา อย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง และมีสิทธิขอในการปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ การป้องกันผลกระทบทางลบต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และใส่ช่องว่างสำหรับเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมไม่อ้างอิงถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Analysis of Variance : ANOVA) เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลเป็นการแจกแจงปกติ (Normal distribution) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 ลำดับแรกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 153 คนเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 68.6 ส่วนใหญ่มีอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 24.6 อายุเฉลี่ย 41.9 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 39.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 48.4 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.8 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 32

2. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี

ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี มีค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับดี เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านวิชาการ ด้านลักษณะวิชาชีพ ด้านความเป็นมืออาชีพ ด้านบุคลิกภาพ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านการสื่อสาร

ด้านวิชาการ พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านวิชาการ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับ

ดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี 2) เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดีในการตัดสินใจทางสุขภาพและ 3)เป็นผู้มีความรู้ดี ถูกต้องทันสมัย

ด้านลักษณะวิชาชีพ พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านลักษณะวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้ช่วยชีวิต 2) เป็นผู้เสียสละและ 3) เป็นผู้มีความรักเพื่อนมนุษย์

ด้านความเป็นมืออาชีพ พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านความเป็นมืออาชีพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์สูงด้านการพยาบาล 2) เป็นผู้ประสานงานและร่วมงานกับผู้อื่นได้ดี และ 3) เป็นผู้มีความเชื่อมั่นในตนเอง

ด้านบุคลิกภาพ พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านบุคลิกภาพมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้รักความสะอาด แต่งกายสีขาวสะอาด เรียบร้อย 2) เป็นคนอบอุ่น ยิ้มแย้ม ให้ความเป็นกันเอง และ 3) เป็นผู้ที่มีกิริยามารยาทดี ปฏิบัติถูกต้องตามกาลเทศะ

ด้านคุณธรรมจริยธรรม พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้มีความรับผิดชอบสูง 2) ไม่แสวงหาผลประโยชน์จากหน้าที่การงาน และ 3) มีความยุติธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ เคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล

ด้านการสื่อสาร พบว่าภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้มีมารยาทจาก ใ้ภาษาพูดที่สุภาพ นุ่มนวล 2) เป็นผู้ฟังที่ดี ให้ความสนใจ ตั้งใจฟังผู้พูดและ 3) เป็นผู้ที่ไม่แสดงออกถึงผู้ที่พูดจริง พูดถูกต้องและน่าเชื่อถือ

3. เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์

พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ผู้ให้บริการที่มีเพศแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการที่มีอายุแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการที่มีอาชีพแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการที่มีรายได้แตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ 5 ลำดับแรก ดังนี้

ตาราง 1 ลำดับของภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ (n=153)

ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ	ลำดับที่	ความถี่	ร้อยละ
ผู้ดูแลที่ดีที่สุดของผู้ป่วย	1	131	85.62
ผู้มีการสื่อสารที่ดี พุดจาไพเราะ	2	114	74.50
ผู้เสียสละ	3	102	66.66
ผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	4	92	60.13
ผู้ที่มีความอดทน	5	83	54.24

จากตาราง 1 สรุปได้ว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) พยาบาลเป็นผู้ดูแลที่ดีที่สุดของผู้ป่วย 2) เป็นผู้มีการสื่อสารที่ดี พุดจาไพเราะ 3) ผู้เสียสละ 4) ผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น 5) ผู้ที่มีความอดทน

สรุปและอภิปรายผล

1.ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในรายด้านอยู่ใน

ระดับดีทุกด้านและเป็นไปในเชิงบวก 2) โรงพยาบาลปากพลีได้กำหนดให้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข พัฒนาสู่การเป็น โรงพยาบาลที่มีมาตรฐานโดยความร่วมมือของพยาบาลซึ่งเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพต้องให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชาชนในพื้นที่บริการของโรงพยาบาล⁽¹²⁾ 3) บทบาทหน้าที่ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดในการให้บริการด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยโดยใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาโรค⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสิระยา สัมมาวาท (2542)⁽⁶⁾ ที่พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารับดี มีภาพลักษณ์ด้านลักษณะบุคคลอยู่ในระดับดี และ ขวัญจิต เฟื่องแป้น (2551)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 14 รับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในอุดมคติ และภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เป็นจริงอยู่ในระดับดี

2. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการรายด้าน อยู่ในระดับดีทุกด้าน ดังนี้

2.1.ด้านวิชาการ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านวิชาการในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลทุกคนได้รับการพัฒนาด้านวิชาการและความเชี่ยวชาญในวิชาชีพตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนด โดยมีการศึกษาต่อเนื่องและเก็บหน่วยคะแนนการศึกษาการศึกษาต่อเนื่อง (CNEU) ทุก 5 ปี⁽¹⁴⁾ 3) กลุ่มการพยาบาลกำหนดให้พยาบาลทุกคนได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูด้านวิชาการทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้าน ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติกรรม และสาขาที่เกี่ยวข้องตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalisch & Kalisch (2004)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่ฉลาด มีความเชี่ยวชาญเชี่ยวชาญ มีความรู้และมีทักษะ และงานวิจัยของภัคพร อินคำ (2552)⁽⁷⁾ ที่

พบว่า ผู้รับบริการชาวต่างชาติ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับดี และในรายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ฉลาด มีความรู้ความสามารถและมีวินัยอยู่ในระดับดี

2.2.ด้านลักษณะวิชาชีพ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านลักษณะวิชาชีพในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลวิชาชีพได้รับการปลูกฝังให้มีจิตบริการที่ดี มีความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร เสียสละ มีความรับผิดชอบ ปรารถนาให้ผู้อื่นปลอดภัย หายจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากโรค⁽¹⁷⁾ 3) พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ใช้บริการ 4) บทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาล จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ป้องกันการแพร่ของโรคติดเชื้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุบล จัวงพานิช (2545)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้มีความขยัน อดทน ซื่อสัตย์ เสียสละ มีความรับผิดชอบ สนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย และมีความเมตตา กรุณาอยู่ในระดับดี

2.3.ด้านความเป็นมืออาชีพ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านความเป็นมืออาชีพในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด⁽¹⁸⁾ 3) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ผ่านการประเมินสมรรถนะหลักและสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามเกณฑ์กำหนด และ 4) ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถตามแผนพัฒนามูลฐานของโรงพยาบาล⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพได้มีการพัฒนาตนเองในการศึกษาความรู้ผ่านช่องทางสารสนเทศของโรงพยาบาล รวมทั้งการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ เช่น การพยาบาลเวชปฏิบัติ การพยาบาลผู้สูงอายุ⁽¹³⁾ ทำให้พยาบาลมีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์สูงในด้านการพยาบาล สอดคล้องกับผลงานวิจัยของขวัญจิต เฟื่องแป้น (2551)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เป็นจริงในด้านภาพสตรีนักวิชาชีพอยู่ในระดับดี

2.4.ด้านบุคลิกภาพ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านบุคลิกภาพในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุก

ข้อ 2) พยาบาลวิชาชีพได้รับการปลูกฝังในเรื่องบุคลิกภาพ ศึกษามารยาทและการแต่งกายที่สุภาพเรียบร้อยแต่งกาย ด้วยชุดพยาบาลที่ขาวสะอาด 3) ได้รับการฝึกอบรมเรื่อง บุคลิกภาพการแต่งกายพฤติกรรมการให้บริการและมีจิต บริการที่ดีเป็นระยะๆ⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับข้อกำหนด คุณสมบัติด้านบุคลิกภาพของพยาบาล โดยพยาบาลต้องมี บุคลิกภาพที่เหมาะสมด้านการแต่งกาย อารมณ์และจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน มีความสุข⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับ งานวิจัยของวรรณภา พามา (2549)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วย รับรู้ว่าลักษณะพยาบาลเป็นผู้หญิงในชุดสีขาว และลักษณะ ของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ พยาบาลเป็นผู้มีความ เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส แต่งกายสะอาดเรียบร้อย และ งานวิจัยของเบญจมาศ ปรีชาคุณ (2558)⁽²⁰⁾ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพพบว่าภาพลักษณ์ตนเองด้านบุคลิกภาพว่า พยาบาลเป็นมีความเมตตากรุณาเอื้ออาทร ทำที่เป็นมิตรต่อ ผู้ใช้บริการ

2.5. ด้านคุณธรรมจริยธรรม เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านคุณธรรม จริยธรรมในราย ชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลวิชาชีพได้รับการ ปลูกฝังเรื่องคุณธรรม จริยธรรมตั้งแต่เข้าศึกษาในวิชาชีพ การพยาบาล และ 3) พยาบาลปฏิบัติงานเป็นผู้ให้การดูแล ผู้ใช้บริการภายใต้กฎหมายจรรยาบรรณของวิชาชีพการ พยาบาล ระเบียบข้อบังคับสภาการพยาบาล ที่ได้กำหนด ขึ้นให้พยาบาลวิชาชีพยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ⁽¹⁸⁾ สอดคล้อง กับงานวิจัยของจันทน์ อังคนาวีศลย์ (2540)⁽²¹⁾ ที่พบว่า ประชาชน และสังคมมีความคาดหวังว่าพยาบาลวิชาชีพ ต้องเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม มีความประพฤติดีทั้งกาย วาจาใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสิริษา สัมมาวาจ (2542)⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่างานของพยาบาล เป็นงานที่ต้องยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และอุบล จ้วง พานิช (2545)⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าพยาบาลเป็นคน ดี มีศีลธรรม มีความยุติธรรม มีความประพฤติอยู่ในจารีต ประเพณี นอกจากนี้ผลการศึกษาของแฉะใจ เอมะรักษ์ (2551) พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 ในด้านคุณธรรมจริยธรรม พยาบาลเป็นผู้ที่มีความ รับผิดชอบสูงและมีความซื่อสัตย์

2.6. ด้านการสื่อสาร เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์ พยาบาลวิชาชีพด้านการสื่อสารในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุก ข้อ 2) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทโดยตรงในการสื่อสาร และประสานงานกับผู้ใช้บริการและทีมสุขภาพในการดูแล รักษาพยาบาล 3) มีบทบาทในการประสานงาน ติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร ในการจัดบริการและแก้ไขปัญหาต่างๆ⁽¹⁵⁾ และ 4) พยาบาล ยังได้รับการพัฒนาความรู้จากโรงพยาบาล เกี่ยวกับ เทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ ทันสมัย การฝึกอบรมเรื่องการสื่อสารและการบริการที่เป็น เลิศ สอดคล้องกับงานวิจัยของแฉะใจ เอมะรักษ์ (2551)⁽²²⁾ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถใช้เทคโนโลยีในการ สื่อสารที่ทันสมัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สื่อสารกับผู้อื่น ได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นผู้มีความรู้สวาท และการศึกษาของ วรรณภา พามา (2549)⁽¹⁹⁾ พบว่า ลักษณะพยาบาลที่ ผู้ป่วยต้องการด้านการพูดจา คือ ผู้ป่วยต้องการพยาบาลที่ พูดจาไพเราะ พูดจาสุภาพ แสดงออกถึงความเป็นมิตร หน้าตา ยิ้มแย้มแจ่มใส

3. เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ใช้บริการที่มีข้อมูล ส่วนบุคคลแตกต่างกัน พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วน บุคคลแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก 1) โรงพยาบาลมีการดำเนินการตามนโยบายระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ทำให้ประชาชนมี สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมี ประสิทธิภาพเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมบริการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข 2) โรงพยาบาลปากพลี จัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนภายใต้วิสัยทัศน์ พันธกิจในการมุ่งสู่ความเป็นเลิศในด้านการบริการสุขภาพ ชุมชนมีส่วนร่วม รวมใจสร้างสุขภาพ พัฒนาระบบบริการ สุขภาพให้มีคุณภาพ ร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการส่งเสริม ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และ 3) พยาบาลต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการ โดยยึดหลักความยุติธรรม ความเสมอภาค เพื่อช่วยให้ ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลือ ดูแลอย่างดีที่สุด และเหมาะสมกับความต้องการ ด้วยความ

เคารพในคุณค่าของชีวิต ศักดิ์ศรี และสิทธิในการมีชีวิต สุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพล จันทรประสาทกุล (2550)⁽²³⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการเพสหญิงและเพสชายมีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกันทางความคิดและสิทธิอื่นๆ จึงทำให้มีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสิริษา สัมมาวาท (2542) พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านเพศอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการผลงานวิจัยของทิพวรรณ ศรีสิม (2552)⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติที่มีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิชชา ภัทธกร (2545)⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ผู้รับบริการที่เพศรายได้ ความถี่ในการมาโรงพยาบาลต่างกัน รับรู้ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลรัฐไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

4.ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ 5 ลำดับแรก ดังนี้

4.1.ผู้ดูแลที่ดีที่สุดของผู้ป่วย เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านวิชาการ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ดี ถูกต้อง ทันสมัย ด้านลักษณะวิชาชีพ พบว่าพยาบาลเป็นผู้ช่วยชีวิตผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น 2) พยาบาลเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง 3) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลผู้ให้บริการแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ให้บริการพยาบาล ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ⁽¹⁴⁾ ด้วยความเท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งชั้นวรรณะ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับพระราชดำรัสของสมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์ในพิธีทรงเปิดการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ณ ศาลาสันติธรรม วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2503 ว่า พยาบาลนั้นต้องใช้กำลังใจอย่าง

แรงกล้าในการปฏิบัติงานด้วยความ กล้าหาญ อดทนพร้อมทั้งรักษาความซื่อสัตย์ สุจริตและมีเมตตากรุณาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญยิ่งของพยาบาล⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับคำกล่าวของจินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส (2558)⁽²⁷⁾ ที่กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลบุคคลรอบคระอย่างใกล้ชิดในการช่วยเหลือเพื่อพิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ของผู้รับบริการ

4.2.ผู้มีการสื่อสารที่ดี พุดจาไพเราะ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านการสื่อสาร ที่พบว่าพยาบาลเป็นผู้มีมารยาท ใ้ภาษาพูดที่นุ่มนวล สามารถสื่อสารได้อย่างสร้างสรรค์ สร้างความเข้าใจ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาการเข้าใจผิด เป็นต้น 2) พยาบาลมีหน้าที่ในการสื่อสาร ประสานงานกับผู้ให้บริการและบุคลากรในทีมสุขภาพ 3) จรรยาบรรณพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ให้บริการได้กำหนดให้พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน⁽¹⁷⁾ และ 4) พยาบาลวิชาชีพได้รับการฝึกอบรมพัฒนา เรื่องการสื่อสารและพฤติกรรมบริการให้บริการเป็นระยะๆ⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรรณภา พามา (2549)⁽¹⁹⁾ พบว่า พยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการในด้านการพูดจา ผู้ป่วยต้องการพยาบาลที่พูดจาไพเราะ ไม่ดุผู้ป่วยและพูดจาสุภาพ

4.3.ผู้เสียสละ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านลักษณะวิชาชีพ ที่พบว่าพยาบาลเป็นผู้เสียสละ เป็นผู้ช่วยชีวิตผู้ป่วย ให้ความรู้สึกรู้สึของผู้อื่น มีจิตใจรักเพื่อนมนุษย์ เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ปโลบใจ ให้กำลังใจ พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการคอยช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งพาแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) พยาบาลยังเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยปฏิบัติงานเป็นเวรผลัดหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง คอยดูแลช่วยเหลือในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรค⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของขวัญ

จิตร เฟื่องแป้น (2551) ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการคาดหวังต่อพยาบาลในภาพลักษณ์พยาบาลในการเป็นผู้เสียสละไว้สูง และยังสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อพยาบาลวิชาชีพที่พบว่า ประชาชนรับรู้ว่ายพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องเสียสละอย่างมาก และประชาชนคาดหวังต่อพยาบาลวิชาชีพว่า พยาบาลต้องเป็นผู้มีใจบริการ เสียสละ ช่วยเหลืออย่างเต็มที่⁽⁸⁾

4.4. ผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีความเมตตาเอื้ออาทร รู้จักการให้อภัย มีความยุติธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ 2) พยาบาลต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพต่อผู้ให้บริการด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ศักดิ์ศรี และสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณภา พามา (2549)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลดูแลเมื่อเจ็บป่วยในโรงพยาบาล ให้กำลังใจในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มีความเห็นอกเห็นใจดูแลผู้ป่วยเหมือนญาติ เป็นกันเองไม่รังเกียจผู้ป่วย ให้คำปรึกษา เอาใจใส่ผู้ป่วยตรวจเยี่ยมพูดคุยสอบถามอาการผู้ป่วย

4.5. ผู้ที่มีความอดทน เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านลักษณะวิชาชีพ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่เสียสละ ด้านบุคลิกภาพ พบว่า พยาบาลเป็นคนเข้มแข็งแสดงออกถึงการเป็นนักต่อสู้ มุ่งมั่นตั้งใจเอาชนะอุปสรรคอย่างไม่ย่อท้อ 2) บทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ การจัดการบรรเทาอาการรบกวน การดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย รวมทั้งการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน⁽¹⁵⁾ 3) ลักษณะงานของพยาบาลเป็นการขึ้นปฏิบัติงานแบบเวร

ผลัดตลอด 24 ชั่วโมง ในเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก ⁽¹⁵⁾ และ 4) เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะ มีความรับผิดชอบ มีความอดทนในการปฏิบัติหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้นวรรณะ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุบล จัวงพานิช (2545) ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการรับรู้ว่ายพยาบาลเป็นผู้ที่ขยัน อดทน มีความรับผิดชอบ เช่นเดียวกับแฉไข เอมะรักษ์ (2551)⁽²²⁾ ที่พบว่า พยาบาลต้องเป็นทั้งผู้นำและผู้ตามที่ดี มีความอดทนอดกลั้นสูง ควบคุมอารมณ์ได้ ปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ และยังสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อพยาบาล โดยประชาชนรับรู้ว่ายพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องมีความอดทนอย่างมาก ⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. จากผลการศึกษาที่มีข้อสังเกตว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป รับรู้ภาพลักษณ์ในรายด้านได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านความเป็นมืออาชีพ ด้านคุณธรรม จริยธรรม น้อยกว่าผู้ให้บริการในช่วงอายุอื่น ๆ ดังนั้นควรมีการพัฒนาพฤติกรรมบริการของพยาบาลต่อกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นผู้สูงอายุโดยการสื่อสารด้วยความเป็นมืออาชีพ และคุณธรรมจริยธรรมให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

1.2. บุคลากรพยาบาล ควรสร้างไว้ซึ่งภาพลักษณ์พยาบาลที่ดีทั้ง 6 ด้าน และพัฒนาภาพลักษณ์พยาบาลทุกด้านให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

1.3. หัวหน้าหอผู้ป่วย และองค์กรพยาบาล ควรเผยแพร่ภาพลักษณ์พยาบาลที่ดีของพยาบาลผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ สร้างรักษาและสนับสนุนโดยการกำหนดแนวทางเสริมสร้างภาพลักษณ์พยาบาลที่ดีอย่างต่อเนื่อง นำข้อเสนอแนะภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพอื่นที่ผู้ให้บริการได้เสนอแนะไว้ มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อไป

1.4 ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในองค์กร สนับสนุน และส่งเสริมให้มีการวางแผนในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการสร้างภาพลักษณ์

พยาบาลที่คืออย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาและเสริมสร้างภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพต่อไป

2.2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับ

ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.อารี ชิวเกษมสุข และ รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกูล ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สมาน ฟอนฟัก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพลี และคุณยุพิน ฟอนฟัก หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่ให้โอกาสในการเข้าศึกษาในครั้งนี้ และอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Kalisch B J & Kalisch P A. Anatomy of the image of the nurse : Dissonant and ideal models . **Image-making in nursing**. Kanass City . American Academy of nursing 1983a.
2. ทศนา บุญทอง. ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. สิริยุดการพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2542
3. Tzeng HM. Testing a conceptual model of the image of nursing in Taiwan. **International Journal of Nursing Studies** . 43 6. 755–765. 2006.
4. Strasen L. **The image of professional nursing; Strategies for action**. Philadelphia. J.B. Lippincott. 1992.
5. Goriup, J. (2012). **States five stereotypes about nurses**.
https://www.ucy.ac.cy/unesco/documents/UNESCOConference2014/BOOK_ConferenceProceedings2015_FinalCHECKEDwithAppendixp.240-247.pdf. search on 10 August 2016.
6. ลีระยา สัมมาวาท. ภาพลักษณ์พยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. **รามารับดีพยาบาลสาร**. 5 2. 113-115. 2542.
7. ภักพร อินคำ. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552
8. สวนดุสิตโพ. ความคาดหวังของสังคมต่อพยาบาลวิชาชีพ. <http://www.dusitpoll.dusit.ac.th>. สืบค้น เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2559.
9. ไพลิน ถิระวัฒน์ และวาสนา จันทร์สว่าง. ภาพลักษณ์พยาบาลและโรงพยาบาลเมืองจะเข้เมืองระยอง จังหวัดระยอง. **วารสารสุขภาพศึกษา**. 20 7. 46-50. 2540.
10. Muff. Handmaiden, bate ax, whore in Muff, J. : **Socailization sexim and stereotyping**. Prospect Heights. IL : Waneland Press. 1988.
11. อุบล จัวงพานิช. การสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารการศึกษาพยาบาล**. 15 2. 5-6. 2545.
12. ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลปากพลี. รายงานการนำเสนอผลการดำเนินงานตามมาตรฐานHA. โรงพยาบาลปากพลีนครนายก. 2556.
13. แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากพลี. คู่มือนิเทศงานผู้ป่วยใน. 2558. (เอกสารอัดสำเนา)
14. สภาการพยาบาล. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540. เดอะเบส กราฟิคแอนด์ปริ้น. กรุงเทพมหานคร. 2540.
15. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากพลี. **ธรรมนูญองค์กรพยาบาล**. 2556. (เอกสารอัดสำเนา)

16. ขวัญจิต เฟื่องเป็น. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 14. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต อุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยราชธานี, 2551
17. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. จรรยาบรรณพยาบาลฉบับปีพุทธศักราช 2546. โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน. กรุงเทพฯ. 2546.
18. สภาการพยาบาล. ขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. http://nursingunit.pn.psu.ac.th/data/sar/organization/file_up/5_nurse.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2558
19. วรรณภา พามา. ภาพลักษณ์พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปที่คัดสรรแห่งหนึ่งในภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2549.
20. เบญจมาศ ปรีชาคุณ วิศรา คูยานนท์และคณะ. การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ส่งผลต่อคุณค่าและความศรัทธาในวิชาชีพการพยาบาล. พยาบาลสาร. 42 1. 122-131. 2558.
21. จันทน์ อังคนาวินิจฉัย. โครงการวิจัยศึกษากระบวนการเรียนการสอนนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของชาวนาเกี่ยวกับการใช้สารเคมีในการเพาะปลูกพืช. วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2540.
22. แงไข เอมะรักษ์. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในศตวรรษที่ 21. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
23. สมพล จันทรประสาทกุล. ภาพลักษณ์ของข้าราชการตำรวจภูธรอำเภอเมือง จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. อุดรดิตถ์. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์. 2550.
24. ทิพวรรณ ศรีลิ้ม. การศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้รับบริการชาวต่างชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
25. พรพิชชา ภักธกร. การรับรู้ภาพลักษณ์โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครของผู้ใช้บริการ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2545.
26. มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลราชชนนี. พระราชดำรัสของสมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์. <http://www.princess-srinagarindraaward.org/th/content/prince-59.html>. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2559
27. จินห์จุฬา ชัยเสนา คาลาส. ความเข้าใจ : พลังเพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 25 2. 13-24. 2558.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ใน
โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors related to the success rate of treatment for pulmonary tuberculosis of newly diagnosed
in Nongkungs Hospital. Kalasin Province.

นพพล คำภูมิ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ในโรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่าง 1 เมษายน 2560 – 30 มิถุนายน 2560 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคัดเลือกแบบมีระบบ จำนวน 130 ตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชได้ 0.82 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย คัดลอกจากเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรค ส่งกลับครบ 130 ตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทางประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Simple Logistic Regression

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ คือ ปัจจัยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สูบบุหรี่ $OR = 8.5$, $P\text{-value } 0.001$ (95% 2.56-29.43) และปัจจัยด้านเดินทาง ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล น้อยกว่า 30 นาที $OR = 5.9$, $P\text{-value } 0.009$ (95% 1.78-19.84) ดังนั้น การจัดคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลควรสนับสนุนจัดคลินิกอดบุหรี่ให้กับผู้ป่วยวัณโรค สนับสนุนให้มีบุคคลต้นแบบ เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในกลุ่มผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการบริการช่องทางด่วนสำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยระหว่างรักษาทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน จะส่งผลให้อัตราความสำเร็จรักษาวัณโรคหายเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: อัตราความสำเร็จในการรักษาหาย

ABSTRACT

Cross-sectional descriptive research to identify Factors related to the success rate of treatment for pulmonary tuberculosis of newly diagnosed in Nongkungs Hospital. Kalasin Province. operated between April 1, 2017 - June 30, 2016. The sample used in the study systematic selection 130 samples. collect data using questionnaire. check result find out the Cronbach's alpha coefficient check was 0.82. data collection by research assistants. copies of medical records of tuberculosis patients. returns 130 examples. demographic data analysis with descriptive statistics find the relationship using statistic Simple Logistic Regression

It was found that the Factors related to the success rate of treatment for pulmonary tuberculosis of newly diagnosed is a health care factor for tuberculosis patients. include health behavior factors is tuberculosis patients who do not smoke $OR = 8.5$, $P\text{-value } 0.001$ (95% 2.56-29.43) and travel factors is duration of travel less than 30 minutes to hospital $OR = 5.9$, $P\text{-value } 0.009$ (95% 1.78-19.84). Therefore, the TB clinic in the hospital should support the smoking cessation clinic for tuberculosis patients. encourage to have a prototype. enhance self-efficacy in patients. Optimize the service expressway for diagnosis of suspected tuberculosis and the patients between treatment at both the outpatient department and the inpatient department. This will result in a higher rate of success of tuberculosis treatment.

Keywords: success rate

¹ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

วัณโรคปอด เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium* ซึ่งมีหลายชนิด เกิดขึ้นได้ทุกอวัยวะของร่างกาย⁽¹⁾ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ⁽²⁾ 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกได้รับเชื้อวัณโรค ร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา วัณโรคเป็นสาเหตุการตาย 1.4 ล้านคน คิดเป็นอัตราตาย 25 ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ 95 อยู่ในกลุ่มประเทศดั่งกล่าว⁽³⁾ ไทยจัดอยู่ในอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศที่มีอุบัติการณ์รุนแรงของวัณโรค⁽⁴⁾ การแพร่ระบาดของวัณโรคมาจากหลายสาเหตุ อาทิ การระบาศ้ารุนแรง การดื้อยาพื้นฐานหลายขนาน การแพร่เชื้อมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไตเสื่อม ปอดอุดกั้น โรคเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย⁽⁵⁾ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี⁽⁶⁾ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานหรือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี⁽⁷⁾ ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีประวัติเป็นวัณโรคมาก่อน⁽⁸⁾ มีภาวะโรคร่วม ผลอาการข้างเคียงในระหว่างการรักษา อาทิ ดับอักเสบ ตำแหน่งและความรุนแรงของโรค และระยะเวลาที่ให้การวินิจฉัย⁽⁸⁾ ความล้มเหลวในการรักษาวัณโรคมีสาเหตุมาจาก การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยา การใช้ยาร่วมกันหลายชนิดและติดต่อกันเป็นเวลานาน การดื้อยาหลายขนาน⁽²⁾ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้วยคลินิกวัณโรคมีโรคร่วมและมีผลขนาดใหญ่ในเนื้อปอด⁽⁹⁾ ผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่องในการใช้ยารักษาวัณโรค⁽¹⁰⁾ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อถ้าไม่ได้รับการรักษาพบว่าร้อยละ 30-40 จะตายภายใน 1 ปี และร้อยละ 50-70 จะตายภายใน 5-7 ปี⁽¹²⁾ การควบคุมวัณโรคไม่ได้ผลพบว่ามีสาเหตุมาจาก แผนกำหนดการควบคุมวัณโรคในพื้นที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อัตราการพบผู้ป่วยวัณโรคชนิดที่ดื้อยาหลายขนาน และอัตราการเป็นวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวียังพบมีอัตราสูง⁽¹³⁾

โรงพยาบาลหนองสูงศรี มีเขตรับผิดชอบจำนวน 113 หมู่บ้าน 9 ตำบล ประชากร 65,694 คน แยกเป็นชายจำนวน 34,876 คน หญิงจำนวน 34,457 คน การ

ดำเนินงานควบคุมวัณโรคยึดแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ โดยมีจุดมุ่งหมายการดำเนินงานวัณโรค กล่าวคือ การลดอัตราป่วย อัตราตายและการแพร่กระจายเชื้อของวัณโรค ให้มีอัตราผลสำเร็จในการรักษา (Success rate) จากอัตราการรักษาหาย (cure rate) และรักษาครบ (complete rate) รวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ปี 2555 – 2558 พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษา จำนวน 85 82 และ 79 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 129.9 124.8 และ 120.5 ตามลำดับ การรักษาวัณโรคสำเร็จ พบว่า ร้อยละ 87.5 88.2 และร้อยละ 85.7 ตามลำดับ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 2.9 ร้อยละ 2.5 และร้อยละ 5.9 ตามลำดับ การเสียชีวิต พบว่า ร้อยละ 2.9 ร้อยละ 10.5 และร้อยละ 5.9 ตามลำดับ⁽¹⁴⁾ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ยังพบผู้ป่วยตายระหว่างการรักษา อัตราการตายยังสูงกว่าเกณฑ์ และอัตราความสำเร็จการรักษาผ่านเกณฑ์กระทรวงที่กำหนดเล็กน้อย⁽¹⁵⁾

การควบคุมวัณโรคที่ดีที่สุด คือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วย หยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น (World Health Organization, 2013) เนื่องจากผู้ป่วยที่ยังรักษาไม่หายขาด 1 ราย จะสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่นได้ 10-15 คนต่อปี โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่อยู่ในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น⁽¹⁶⁾ ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่มีอาการป่วยและไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่คนอื่นได้ มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นของผู้ติดเชื้อที่จะป่วยเป็นวัณโรค (TB disease) โดยครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี หลังการติดเชื้อ ที่เหลืออีกครึ่งจะป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อไปแล้วนานหลายปี⁽¹²⁾ แนวทางการรักษาวัณโรคแห่งชาติ ซึ่งกำหนดเกณฑ์มาตรฐานทั้งในด้านการวินิจฉัย และการรักษาวัณโรค เพื่อป้องกันการเกิดแพร่ระบาดของวัณโรคและปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยา⁽⁵⁾ โดยมีระบบการจัดการผู้ป่วย ประกอบด้วย มีบริการคลินิกผู้ป่วยวัณโรค ทีมสหวิชาชีพ การตรวจเสมหะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจหาเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนการบริหารจัดการคลังยาแบบ Vender Managed Inventory (VMI) การรับประทานยาที่บ้านจะมี

ผู้ดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้กำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตการณ์โดยตรง (Directly observed treatment, DOT) และระบบการเยี่ยมบ้าน การดื่มน้ำเพื่อทราบสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ใน และทราบปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้ จักได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ดียิ่งขึ้นเป็นประโยชน์ต่อราชการและประชาชนต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ระยะเวลา 1 เมษายน 2560 – 30 มิถุนายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ ปี 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2559 จำนวน 170 ราย ใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออก⁽¹⁷⁾ วิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างพิจารณาตามรูปแบบการศึกษาและการใช้สถิติการวิเคราะห์หาค่าความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ (Multiple logistic regression) ได้จำนวน 130 คน ดังสูตรต่อไปนี้⁽¹⁸⁾

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร นำเสนอค่าสถิติในรูปค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระตัวเดียว โดยใช้สถิติ Simple Logistic Regression

ผลการวิจัยและอภิปราย

3.1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ ในโรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho_{1,2,3,\dots,p}^2}$$

เมื่อ n_p = ขนาดตัวอย่างทั้งหมด

$$n_1 = \frac{P(1-p)(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{B(1-B)(P_1 - P_2)^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านประชากร สอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำหรือจำนวนลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา 3) ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ DOTS 4) ปัจจัยด้านเดินทาง 5) ปัจจัยด้านการรักษาและระบบยา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผลความสำเร็จการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่ศึกษา โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองสูงศรีส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษา มีเพศสภาพเป็นเพศชาย สถานภาพสมรสคู่ พบว่ามี 3 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด เกิดครั้งเป็นผู้ป่วยที่สูงอายุ ประกอบอาชีพเกษตรกร และรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน

3.2 ปัจจัยการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ที่มี ความสัมพันธ์กับอัตราการความสำเร็จรักษาวัณโรคหาย ที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ ในโรงพยาบาลหนองสูงศรี

ตาราง 1 แสดงค่า Odds Ratio (OR) และ ค่า 95% CI ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ในโรงพยาบาลหนองงูเห่า จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัย	รักษา		OR (95%CI)	OR adj (95%CI)	P-value
	สำเร็จ	ล้มเหลว			
	(n=111)	(n=19)			
1. การสูบบุหรี่					
สูบบุหรี่	34	15		1	
ไม่สูบบุหรี่	77	4	8.5 (2.62-27.49)	8.6 (2.56-29.43)	0.001
2. ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารักษา					
ตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป	8	6		1	
น้อยกว่า 30 นาที	103	13	5.9 (1.78 - 19.84)	6.2 (1.57-24.32)	0.009

จากตาราง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ ในโรงพยาบาลหนองงูเห่า จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สูบบุหรี่ OR = 8.5, P-value 0.001 (95% 2.56-29.43) และ ปัจจัยด้านเดินทาง คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล น้อยกว่า 30 นาที OR = 5.9, P-value 0.009 (95% 1.78-19.84)

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการความสำเร็จรักษาวัณโรคหาย ที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ ในโรงพยาบาลหนองงูเห่า

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ ในโรงพยาบาลหนองงูเห่า จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สูบบุหรี่ และ ปัจจัยด้านเดินทาง คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล น้อยกว่า 30 นาที สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค เขตเมือง และชนบท จังหวัดชัยภูมิ⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยที่

เกี่ยวข้องมีกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาน้อย ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกลบเมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ⁽²⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกลบเมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ได้แก่ การเดินทางที่ใช้เวลารับการรักษามากกว่า 30 นาที การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย:การวิเคราะห์เมตา⁽²¹⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ สูบบุหรี่ แตกต่างจากการ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี⁽²²⁾ ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค แต่พบว่าอัตราความสำเร็จในการรักษาเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

(1) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับอัตรา

ความสำเร็จในการรักษาโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ ในโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นไปตามการศึกษาการสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยเป็นโรคปอดระยะแพร่เชื้อ พบว่า ปัจจัยการสูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนและความถี่ในการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคปอดระยะแพร่เชื้อ ซึ่งพบว่า ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ เป็น 2.1 เท่า (นิอร อริโยทัย และคณะ, 2548) และการศึกษาของกิตติราวุฒิ ขวัญซารี และคณะ. (2558) พบว่า การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคปอดระยะแพร่เชื้อในผู้ป่วย ดังนั้นหน่วยบริการควรสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยใหม่กลุ่มที่มีประวัติสูบบุหรี่ จัดคลินิกอดบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรค และสนับสนุนให้มีบุคคลต้นแบบ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self Efficacy) ในผู้ป่วยโรคในระหว่างการรักษาเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองจะส่งผลให้อัตราความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

(2) ด้านการเดินทาง จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการเดินทางของผู้ป่วยโรคที่มารับบริการพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลน้อยกว่า 30 นาที มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาโรคปอดหายที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ ในโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก, แผนงานโรคแห่งชาติ และมาตรฐานโรงพยาบาลดำเนินงานควบคุมวัณโรค แนะนำให้มีการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (accessibility) ดังนั้น โรงพยาบาลควรเพิ่มประสิทธิภาพการบริการช่องทางด่วนสำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน การจัดการยาและเวชภัณฑ์มีระบบส่งมอบยาวัณโรคแบบ VMI ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค อย่างเพียงพอและมีคุณภาพได้มาตรฐาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ควรศึกษาสาเหตุการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคปอดในสมาชิกคนในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค 3 รุ่น มีปู่

ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจใช้วิธีการเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดทุนทางสังคม การเข้าถึงบริการและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ เป็นกรอบในการศึกษา แล้วนำผลการศึกษามาปรับปรุงแนวทางพัฒนารูปแบบในระยะต่อไป

(2) การพัฒนาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participatory action research) อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อให้เกิดการความร่วมมือ ต่อเนื่อง อาทิ พัฒนารูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพที่เสี่ยงการสังเกตการณ์โดยตรงการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และการพัฒนาการดำเนินการที่ละขั้นตอนอย่างค่อยเป็นค่อยไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยได้รับเกียรติและการสนับสนุนด้วยความเมตตาจากผู้มีพระคุณหลายท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์ไพระ อารีรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นายแพทย์สัญญา สุปัญญาบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกุงศรี ได้ช่วยเสนอข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ การตรวจสอบแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผมผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณ คุณที่สมมติ โคตตาแสง สาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก ที่อนุญาตเป็นพื้นที่ในการทดลองใช้เครื่องมือ ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณ อนุวัฒน์ เฟื่องฟูฒ นักวิชาการสาธารณสุข ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในเครื่องมือและการให้ข้อเสนอแนะเป็นที่ปรึกษาการเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองกุงศรี และบุคลากรที่ให้ความร่วมมือศึกษาวิจัย ที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณพิมลดา ภูสิน้อย ผู้ช่วยวิจัยที่คอยประสานงาน เก็บข้อมูล ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการศึกษา และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ ๑: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ .
2. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug – Resistant Tuberculosis. Switzerland: World Health Organization; 2010.
3. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug – Resistant Tuberculosis. Switzerland: World Health Organization; 2011.
4. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO Report. Geneva: The Organization; 2009.
5. Bureau of Tuberculosis Department of Disease Control Ministry of Public Health. Guidelines for the implementation of the National TB Control. Bangkok: The Agricultural Co- operative Federation of Thailand Printing; 2008.
6. Alavi – Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC 3719227/>
7. Amnuaiphon W , Anuwatnonthakate A, Nuyongphak P, Sinthuwatanawibool C, Rujiwongsakorn S, Nakara P, et al. Factors associated with TB death among HIV-uninfected TB patients in Thailand, 2004-2006. Trop Med int Health 2009; 14:1338-46
8. Faurholt – Jepsen D, Range N, Praygod G, Jesemiah K, Faurholt-Jepsen M, Aabye M G, et al. Diabetes is a stronger predictor of mortality during tuberculosis patients from Mwanza, Tanzania. Trop Med Int Health 2003;18: 82-9.
9. ปิยฉัตร ดีสุวรรณ และ เนตรทราย เมืองจา. (2555). ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลแพร่.วารสารควบคุมโรค, 24(2), 130-141
9. Wang CS, Chen HC, Yang C.J, et al. The impact of age on the demographic, clinical, radiographic characteristics and treatment outcomes of pulmonary tuberculosis patients in Taiwan. Infection 2008; 36:335-40.
10. Cohen FL. Adherence to therapy in tuberculosis. Annu Rev Nurs Res 1997; 15: 153–84.
11. Morsy AM, Zaher HH, Hassan MH, et al. Predictors of treatment failure among tuberculosis patients under DOTS strategy in Egypt. EMHJ 2003; 9: 689-701.
12. กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ปี 2560. www.kkpho.go.th/index/component/attachments/download/1022.html ค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2560.
13. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคด้วย. กรุงเทพฯ ๑: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
13. อรรถพล ชีพสัตยากร และ เรืองรอง ชีพสัตยากร. (2552). ผลจากการควบคุมวัณโรคในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงพิเศษต่อการเป็นวัณโรคในภาคเหนือของประเทศไทย: กรณีศึกษาแบบการสังเกต. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ,3(4)558-566
14. โรงพยาบาลหนองสูงศรี. (2559). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2559. (เอกสารอัดสำเนา)
15. โรงพยาบาลหนองสูงศรี. (2560). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2560. (เอกสารอัดสำเนา)
16. World Health Organization. Tuberculosis factsheet. [Internet]. 2014 [update 2014 March 20; Cite 2014 March 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>.
17. บุญธรรม กิจปริดาภิธุรี. (2543). การวิจัยการวัดและประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
18. Hsieh, F. Y., Bloch, D.A., & Larsen, M.D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine, 17(14), 1623-1634.
19. พรชัย ทิพาอสน์ และ พรนภา สุทธเวทย์ศิริ. (2552). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนในคลินิกวัณโรค เขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา, 15(1), 7–18.
20. พุทธิไกร ประมวล, จิราพร เขียวอยู่ และนงลักษณ์ เทศนา. (2556) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกรายใหม่เป็นลบเมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัย มข.,14(4)93-102

21. กิตติราวุฒิ ขวัญขารี พรนภา สุกรเวทย์ศิริ และกรรณิการ์ ดุณวุฒิพงษ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย:การวิเคราะห์เมตา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 23(3), 1-10
22. วรากรณ์ แสงวิเชียร,จิราพร คำแก้ว,ชญานิน กำลั้ง,ปริญา จันทร์บรรเจิด และมยุรี พงศ์เพชรดิธ. (2551) ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ว.เภสัชศาสตร์อีสาน,11(3)83-91

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ :กรณีศึกษา

A Case Study: Nursing in Emergency and Critically of Fracture of the Thoracic/Lumbar Spine Level in Kalasin

Hospital

ทิพย์กร เลิศล้ำ¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และ 2) เสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอวและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการศึกษาในผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว : กรณีศึกษา 3 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูล จากประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์ จากเวชระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยที่เหมือนกัน คือ 1) มีความปวดมาก เนื่องจากกระดูกสันหลังหัก 2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 3) วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 4) ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ปัญหาผู้ป่วยที่แตกต่างกันคือกรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดไขสันหลังถูกกดทับเพิ่มขึ้นเนื่องจากกระดูกสันหลังหัก กรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดไขสันหลังถูกกดทับ เนื่องจากกระดูกสันหลังหัก และกรณีศึกษาที่ 3 คือ การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยในชีวิตกลับไปอยู่ในสังคมได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลลดความวิตกกังวลเรื่องโรคและการรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้

คำสำคัญ: การพยาบาลภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว

Abstract

This study aim to 1) keep patients safe form complications during treatment at the hospital. 2) Care empowerment of fracture of the thoracic/lumbar spine level and caregiver could care after discharge fore hospital. Study with 3 case of the spine at thoracic/lumbar level in Emergency room and Orthopedic 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) Pain due to vertebral 2)Risk of infection in the urinary tract 3) Anxiety about the 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 patient and caregiver could self-care.

Keywords: Nursing in emergency and critically, Fracture of the thoracic/lumbar spine level

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

กระดูกสันหลังหัก (Fracture of the spine) หมายถึง การหักของกระดูกส่วนสันหลังซึ่งเป็นอวัยวะที่ห่อหุ้มไขสันหลังและเส้นประสาทที่ออกมาจากไขสันหลัง ซึ่งไขสันหลังเป็นส่วนต่อของเนื้อสมอง ทำหน้าที่ควบคุมสั่งงานให้แขนขาและร่างกายทำงาน และรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งความเจ็บปวดที่ผ่านจากแขนขาและร่างกายกลับมาประมวลที่สมอง กระดูกสันหลังหักเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง มีผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นอัมพาตเนื่องจากกระดูกสันหลังที่หักเคลื่อนไปกดทับไขสันหลัง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เป็น 2:1 จากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน กีฬาที่มีความเสี่ยง เช่น วัยน้ำ ดำน้ำ จัมน้ำ รักบี้ ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกยิง ถูกแทง ถูกวัตถุหนัก ๆ ตกทับ และตกจากที่สูง เป็นต้น⁽¹⁾ การบาดเจ็บไขสันหลังที่เกิดขึ้นมักเป็นการบาดเจ็บอย่างเฉียบพลัน มีผลให้เกิดอาการผิดปกติและความสูญเสียหน้าที่ของไขวากประสาทและสันหลัง จากนั้นค่อยไปหามากและผสมผสานกัน ได้แก่ อาการปวดสันหลังเนื่องจากกล้ามเนื้อและเอ็นหุ้มกระดูกถูกกระชากอาจถึงขั้นฉีกขาด เมื่อแรงกดและสับค้อนแรงกระดูกจะหักและเคลื่อนทับรากประสาท ทำให้มีการปวดร้าวไปตามเส้นประสาทแขนงต่าง ๆ รวมถึงมีอาการชาที่ขา ร่วมกับอัมพาต เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีกระดูกสันหลังของระบบประสาทเคลื่อนไหวย ระบบประสาทรับความรู้สึกและระบบประสาทอัตโนมัติ หากเกิดรุนแรงอาจเสียชีวิตทันทีหรือพิการถาวรได้ ส่วนในรายที่ไม่รุนแรงมาก หากได้รับการช่วยเหลือรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่แรก ก็จะช่วยป้องกันความพิการและภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและนอนบนเตียงนาน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ท้องอืด หรือมีการกดทับของประสาทไขสันหลังมากขึ้นจนเป็นอัมพาต ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยและญาติ เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน นำมาซึ่งภาวะวิกฤตของชีวิต พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก เข้ารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 540 คน และ

ปี 2560 จำนวน 557 คน ส่วนมากร้อยละ 90 เป็นเพศชาย ตำแหน่งกระดูกสันหลังหักระดับเอว มีจำนวนมากที่สุดคือ 328 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.88 รองลงมาคือ กระดูกสันหลังหักระดับอก จำนวน 229 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.11⁽²⁾

ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก รวมทั้งการบาดเจ็บของไขสันหลังนั้น ทำให้เกิดความสูญเสียชีวิต ความพิการระยะการดูแลรักษาที่ยาวนาน ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงนับว่าเป็นอุบัติการณ์ที่สำคัญมาก จึงเป็นเรื่องที่หน่วยงานให้ความสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันมิให้พยาธิสภาพเลวลง จุดมุ่งหมายในการรักษาพยาบาลต่อประสาทไขสันหลัง คือ ทำให้ประสาทไขสันหลังคงสภาพเดิมให้มากที่สุด พร้อมทั้งทำให้กระดูกสันหลังบริเวณนั้น มีความแข็งแรงขึ้น ซึ่งพยาบาลเป็นส่วนร่วมที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นวิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

จากเหตุผลดังกล่าว ได้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ให้ได้มาตรฐาน โดยให้ความสำคัญ เริ่มตั้งแต่การดูแลรักษาขณะเคลื่อนย้าย ณ จุดเกิดเหตุ จนกระทั่งถึงโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การทำหัตถการต่าง ๆ การดูแลที่ต่อเนื่องในหอผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องหรือฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งล้วนแต่เป็นขั้นตอนสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อลดการสูญเสียชีวิต ความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยปลอดภัยกลับ ไปอยู่ในสังคมโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ดีต่อไป

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา ความต้องการในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกหลังส่วนอก/เอว โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 3 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักส่วนอก/เอว ที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้ป่วยที่เลือกศึกษาเป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยภาวะ
ฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ที่เสี่ยง
ต่อการเกิดไขสันหลังถูกทำลาย 1 ราย ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการ
เกิดไขสันหลังถูกทำลายมากขึ้น 1 ราย และผู้ป่วยกระดูก
สันหลังหักได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังทำให้การเคลื่อนไหว
ร่างกายส่วนล่างบกพร่อง 1 ราย เข้ารับการรักษาในช่วง
เดือน สิงหาคม 2560 – ตุลาคม 2560 การได้มาซึ่งข้อมูลได้
จาก 1) ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และ
ทีมสุขภาพ 2) เอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย ผลการตรวจ
ร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาของ
แพทย์ การบันทึกทางการแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ กระบวนการ
ในการดูแลผู้ป่วยตาม มาตรฐานการพยาบาล 11 มาตรฐาน
ประกอบด้วย การประเมินปัญหา ความต้องการ และการ
เฝ้าระวังภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การ
วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การ
ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง การ
สร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูล
และความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการ
บันทึกการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบบันทึกการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
เปรียบเทียบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยกรณีศึกษา ทั้ง
3 ราย

การควบคุมความถูกต้องของผลการศึกษา

มีการประสานและทบทวนแผนการดูแลร่วมกัน
ระหว่างทีมผู้ดูแลและแพทย์เจ้าของไข้อย่างสม่ำเสมอ และ
มีการปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับอาการและอาการ
แสดงของผู้ป่วยเฉพาะราย

จริยธรรมในการศึกษา

ผู้ศึกษาปฏิบัติการพยาบาล บนพื้นฐานของความ
เคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์
สิทธิ ตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยการ

จัดการการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการ
พิทักษ์ผู้ป่วย จัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ/
วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว จัดการปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วย บนพื้นฐานการเคารพในสิทธิและ
จรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ใน
ฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้น
หรือเชื้อชาติ ปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ถูกล่วงล้ำ หรือละเมิด
สิทธิส่วนบุคคลในทางที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการปฏิเสธที่
ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
หรือผู้ป่วยวาระสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลภายใต้ข้อมูล
ครบถ้วนที่ชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูก
สันหลังหักระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทั้ง 3 ราย
พบว่า มีปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหาทางการพยาบาล
ที่เหมือน และแตกต่างกัน ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง
3 ราย 1) เสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ 2) ปวด เนื่องจากมีการ
หักของกระดูกสันหลัง มีการฉีกขาดและทำลายเนื้อเยื่อ
บริเวณรอบ ๆ 3) เสี่ยงต่อการเกิดไขสันหลังถูกกดเบียด
และถูกทำลายมากขึ้น เนื่องจากมีการหักของกระดูกสัน
หลัง 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และ ปอดอักเสบ 5) มี
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 6) ผู้ป่วยและญาติขาด
ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 3
ราย ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็น ได้ว่าปัญหาส่วน
ใหญ่ที่เหมือนกันในผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูก
สันหลังหักระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ

1. ปัญหาเสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ
กระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว มีความเสี่ยง ต่อความดัน
โลหิตต่ำได้ เนื่องจาก ในระยะที่อยู่ใน spinal shock จะมี
การขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตต่ำได้⁽³⁾
ซึ่งระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นระบบขนส่งภายใน

ร่างกาย ที่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนของออกซิเจน สารอาหาร กล้ามเนื้อต่าง ๆ ไปหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะภายในร่างกาย ขณะเดียวกันจะทำหน้าที่ขจัดสารที่ไม่จำเป็นออกจากเซลล์ของร่างกาย เพื่อรักษาสมดุลภายในร่างกาย และระบบประสาทอัตโนมัติมีอิทธิพลต่อหัวใจและหลอดเลือดแดง โดยทำหน้าที่ควบคุมการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ตลอดจนมีผลในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายด้วย การบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอหอยสูงในระยะเฉียบพลัน จะส่งผลให้การทำงานของประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกสูญเสียหน้าที่ไป ทำให้หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ และอุณหภูมิร่างกายต่ำ (neurogenic shock) การบาดเจ็บไขสันหลังมีผลให้สมดุลของระบบต่าง ๆ ในร่างกายถูกคุกคาม เนื่องจากการขาดการติดต่อระหว่างระบบประสาทอัตโนมัติกับระบบประสาทส่วนกลาง จากปัญหาที่ได้พบหลังการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 กรณีนี้ พบว่า กรณีศึกษาครั้งที่ 1 กระดูกสันหลังระดับอกหัก (T11) มีอาการชาขา ขาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทร่วมด้วย กรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีกระดูกสันหลังหักระดับเอว (L2) และมีอาการชาขา ขาอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล และกรณีศึกษาครั้งที่ 3 กระดูกสันหลังส่วนอกหัก เส้นประสาทไขสันหลังถูกทำลาย ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาท การทำงานของกล้ามเนื้อเสียไป กรณีศึกษาครั้งที่ 1 และ 3 เป็นผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกหักมีการบาดเจ็บของระบบประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ การรับรู้ของอวัยวะที่อยู่ในส่วนที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บสูญเสียหน้าที่ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เมื่อประสาทสันหลังได้รับบาดเจ็บ จะทำให้ระดับสัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงได้ จึงมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ ถ้าระดับของการบาดเจ็บสูงขึ้น ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้มากกว่า จากการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ/ความร่วมมือของผู้ป่วย และทีมการรักษา มีเป้าหมายการดูแลรักษาระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อควบคุมร่างกายของผู้ป่วยให้ได้รับผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตต่ำและการเต้นของหัวใจช้าให้น้อยที่สุด จึงดูแลให้หัวใจมีอัตราการเต้นที่เหมาะสม ควบคุมความดัน

โลหิตให้อยู่ในช่วงที่ไม่คุกคามต่อชีวิต ในผู้ป่วยที่มีกระดูกสันหลังแตกหัก ร่วมกับมีการกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ spinal shock แพทย์จะให้ยา Dopamine เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้รักษาระดับความดันโลหิตต่ำจากสภาวะ ช็อก แต่ถ้าผู้ป่วยมีการบาดเจ็บอื่น ๆ ที่ทำให้ระดับของเหลวในร่างกายลดลงหรือแพทย์วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยช็อกจากการเสียเลือด แพทย์จึงจะให้สารน้ำทดแทนปริมาณของเหลวที่ร่างกายเสียไป แต่ถ้าเป็น spinal shock แพทย์จะให้ Dopamine เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตต่ำ และเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดของร่างกายส่วนล่าง ที่เป็นอัมพาต โดยให้การพยาบาล ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต มีการติดตามประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและจำนวนปัสสาวะที่ออก พบว่า ทั้ง 3 รายไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน

2. มีความปวดมาก เนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและการแตกหักของกระดูกสันหลัง จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เช่น การฉีกขาดของเอ็น กระดูกหัก การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการมีความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บ จะทำให้มีอาการปวด ซึ่งในกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังมาก ใน 2-3 วันแรก พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพความเจ็บป่วยและการรักษา จัดทำให้อนราบบน spinal board ให้กระดูกสันหลังที่หักนั้นอยู่นิ่ง เพื่อไม่ให้กระดูกกดทับเส้นประสาท และเมื่อเคลื่อนย้ายต้องใช้ spinal board รวมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวด โดยการพูดคุย สอนให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ฟังเพลง และการทำสมาธิ⁽³⁾ และให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษา ทำให้อาการปวดทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพักผ่อนได้ ซึ่งทีมพยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีหลักการในการปฏิบัติงานให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ กำหนดเป้าหมายการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และดำเนินการอย่างมีระบบ พยาบาลต้องมีเจตคติที่ดีต่อความปวด มีความเชื่อต่อคำบอกเล่าของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด ต้องนับ

ถือความเป็นปัจเจกบุคคล ความปวดเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลตามกลไกของโรค ผู้ป่วยอาจเป็นโรคเดียวกัน แต่ความปวดที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกัน พยาบาลต้องเห็นความปวดเป็นปัญหาเร่งด่วน ที่ต้องรีบแก้ไข มีความสม่ำเสมอในการดูแลและเห็นอกเห็นใจให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จากปัญหาหลังการให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ทั้ง 3 รายพบว่า พยาบาลซึ่งมีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจรักษาโดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวด และให้การพยาบาลตามที่วางแผนการพยาบาลไว้ รวมทั้งการบริหารยาให้ได้รับยาแก้ปวดตรงตามแผนการรักษา ชนิดของยาที่ใช้ระงับปวด วิธีการใช้ยาและปริมาณยาที่เหลือเพื่อประเมินความถูกต้องของการใช้ยาของผู้ป่วยและประสิทธิผลของการรักษา ซึ่งเมื่อแพทย์วินิจฉัยการรักษาแล้ว จะให้ยาให้เพียงพอกับความต้องการผู้ป่วยในแต่ละวัน ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละคนความต้องการยาบรรเทาความปวด หรือการจัดการกับความปวดไม่เหมือนกัน ทั้งที่ผู้ป่วยด้วยกระดูกสันหลังหักที่เหมือนกัน และได้รับการผ่าตัดยึดด้วยโลหะเช่นกัน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้กำหนดยาบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม ผลของความปวด จะกระทบต่อสมรรถภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นการป้องกันมิให้ความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกลายเป็นความปวดเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทีมสุขภาพจะให้การดูแล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด เพราะใกล้ชิดรับรู้ข้อมูลและเป็นผู้ประสานงานของทีมสุขภาพ ดังนั้น การรักษาพยาบาลจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นกับทักษะต่าง ๆ ของพยาบาลผู้ปฏิบัติ โดยพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ประเมิน ต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินความปวด โดยต้องประเมินก่อนให้การพยาบาล เพื่อเป็นสมมติฐาน และหลังให้การพยาบาล เพื่อประเมินผล ควรประเมินอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยประเมินทั้งขณะพักและขณะทำกิจกรรม เลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีการบันทึกเป็นหลักฐานในเวชระเบียน ในกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย

มีอาการปวดหลังที่กระดูกหักมาก ระดับความปวด 8-10 คะแนน และหลังการผ่าตัดมีความปวดแผ่แผ่ตามากเช่นกัน ที่ระดับความปวด 8-10 ภายหลังจากผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 ระดับความปวดลดลง 5-8 คะแนน วันที่สามหลังผ่าตัด มีระดับความปวดที่คะแนน 3-5 วันที่ 4-6 มีคะแนนความปวดที่ระดับ 1-3 ซึ่งเป็นคะแนนความปวดที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อย พักผ่อนได้ ซึ่งพยาบาลให้การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ร่วมกับการรักษาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด จนจำหน่ายกลับบ้านได้

3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว พบว่า ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก ต้องนอนบนเตียงนาน ไม่สามารถลุกนั่ง หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามต้องการ เนื่องจากอาการเจ็บปวด การป้องกันการเกิดการกดทับประสาทไขสันหลังเพิ่มมากขึ้น และต้องใส่สายสวนปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสียหาย

3.1 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักทุกราย มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับสูงมาก จากการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกหักร่วมกับมีการบาดเจ็บของประสาทไขสันหลัง ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก สูญเสียการควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้สูงมาก เพราะการเกิดแผลกดทับของผิวหนังเป็นเวลานาน เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง นอกจากนั้นผิวหนังที่เปื่อยขึ้น จากการกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดแผลกดทับ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ สังเกต เฝ้าระวังและปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ในกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ เนื่องจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 3 มีโอกาสเกิดได้สูงมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยต้องนอนท่าเดียวนาน ๆ กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ สูญเสียการรับรู้ส่วนที่อยู่ต่ำจากตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บอย่างถาวร เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความรู้แก่ญาติในการปฏิบัติที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังเครือข่าย เพื่อขอความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติพบปัญหา

3.2 การเกิดปอดอักเสบ จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว พบว่า ผู้ป่วยที่กระดูกสันหลังหัก มีการบาดเจ็บของไขสันหลังร่วมด้วย ผู้ป่วยจะต้องนอนราบ เพื่อให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวราบมากที่สุด ซึ่งส่งผลให้ปอดมีการพองขยายน้อย ทำให้มีเสมหะคั่งค้างในปอดมากขึ้น เกิดภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาทั้งสามราย จึงมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะปอดอักเสบ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นการหายใจเข้า ออกลึกๆ การให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจะไม่มีภาวะปอดอักเสบ จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 3 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ

3.3 ความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว พบว่า ผู้ป่วยที่มีกระดูกสันหลังหัก ร่วมกับมีการกดทับประสาทไขสันหลัง มีความจำเป็นที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อประเมินภาวะซ็อก เพื่อระบายน้ำปัสสาวะในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พยาบาลต้องมีความรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะทั้ง 3 ราย ไม่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในขณะที่รับไว้ดูแล ในกรณีศึกษารายที่ 3 ผู้ป่วยยังต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ กลับไปดูแลต่อที่บ้าน เป็นรายที่มีความเสี่ยงสูงสุด ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

4. ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว พบว่า สิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ การแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดตามมา พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่จะต้องให้การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเป็นปกติที่สุด ในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย พบว่า ในแต่ละรายจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันออกไป ซึ่งในกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย กระดูกสันหลังแตกหักแบบ

burst fracture กดทับเนื้อเยื่อประสาท ทำให้เกิดภาวะ neurological deficit มีอาการขาชาวยึด ขาอ่อนแรงและมีอาการปวดหลังรุนแรงมาก ถือว่ากระดูกสันหลังหักมีความไม่มั่นคง (unstable fracture) ให้การรักษาโดยการผ่าตัดยึดกระดูกสันหลังให้เข้าที่ เพิ่มความมั่นคงโดยการตามโลหะ (pedicular screw) เพื่อปลดเปลื้องการกดทับของเนื้อเยื่อประสาท และให้ยา Methyl prednisolone เพื่อช่วยให้มีการฟื้นตัวของระบบประสาทในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 8 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ⁽⁴⁾ จากการตรวจร่างกายกรณีศึกษารายที่ 1 พบว่า มี bulbocavernosus reflex แต่กำลังกล้ามเนื้อและความรู้สึกบางส่วน ที่ต่ำกว่ากระดูกสันหลังหักส่วนเอวระดับ L1 ลดลง ข้อมแสดงให้เห็นถึงพยากรณ์โรคไม่ดี ซึ่งไขสันหลังส่วนที่ต่ำกว่าส่วนของกระดูกหัก มีโอกาสฟื้นตัวได้ไม่มากนักน้อย สังเกตจากมีอาการการฟื้นตัวให้เห็นบ้าง ได้แก่ ความรู้สึกและกำลังกล้ามเนื้อ ภายใน 24 ชั่วโมง แสดงว่าเนื้อไขสันหลังไม่ถูกตัดขาด หรือไม่เสียหายหมดที่ระดับนั้น และยังพบว่า รากประสาทระดับเอวมีโอกาสฟื้นคืนได้ดี ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง⁽⁵⁾ ถ้าการบาดเจ็บนั้นไม่ได้มีการทำให้เส้นประสาทส่วนนี้ขาดออกจากกัน และส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็น incomplete injury การบาดเจ็บที่ไขประสาทมักจะมีผลให้เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็น upper motor และ lower motor neurons⁽⁴⁾ สมองไม่สามารถควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะได้ต่อไป และไม่สามารถรับรู้ ความรู้สึกปวดปัสสาวะ ถ้าไม่ช่วยระบายปัสสาวะออก กระเพาะปัสสาวะจะโป่งพองได้มาก ๆ (over distention) ทำให้เลือดมาเลี้ยงผนังปัสสาวะน้อยลง ภูมิคุ้มกันของเยื่อหุ้มกระเพาะปัสสาวะจึงลดลง เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2543: 125) เมื่อการทำงานของไขสันหลัง ระดับต่ำกว่ารอยโรคเริ่มกลับคืนมา กระเพาะปัสสาวะจะบีบตัวเป็นระยะ ๆ ทำให้มีปัสสาวะออกกะปริดกะปรอย แต่ยังคงมีปัสสาวะเหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมาก ในกรณีศึกษารายที่ 1 จึงต้องสวนปัสสาวะทั้งเป็นระยะ (intermittent catheterization) พยาบาลสวนปัสสาวะให้วันละ 3-4 ครั้ง ส่วนขาชาวยึดอ่อนแรง สามารถเดินได้เองโดยใช้ walker ประคองตัวในการช่วยเดิน ซึ่งผู้ป่วยไม่เข้าใจและยังขาด

ทักษะในการดูแลตนเองที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน รวมทั้งญาติยังไม่เข้าใจและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการดูแล ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 กระดูกสันหลังแตกหักแบบ burst fracture และสงสัยว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological deficit) จึงส่งตรวจให้ละเอียดมากขึ้นโดยส่งตรวจ MRI พบ prevertebral soft tissue swelling at T12-L1 level ให้การรักษาโดยจัดเข้าที่และยึดด้วยโลหะ (pedicular screw) และเชื่อมกระดูกโดยทำการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกเพื่อป้องกันการกดทับไขสันหลัง ไม่ให้มีการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น เป็นการป้องกันความพิการที่จะเกิดตามมาภายหลัง (progressive deformity) และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในระดับ T12 จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของขาทั้งสองข้าง⁽⁴⁾ ในรายกรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีอาการขาอ่อนแรง แต่ยังมีอาการปวดหลังเล็กน้อย จึงใส่ lumbar support ไว้และสามารถเดินได้เอง ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และปฏิบัติตัวถูกต้อง เหมาะสม ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 3 พบกระดูกสันหลังแตกหักและเคลื่อนออกจากกัน (fracture dislocation) ระดับ T7-8 ซึ่งเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงที่สุด จะเกิดการทำลายเนื้อเยื่อมากที่สุด และเป็นกระดูกสันหลังหักที่มีความมั่นคง (stable fracture) มีการกดทับเนื้อเยื่อประสาท เป็น complete paraplegia ซึ่งจะไม่มีการฟื้นตัวของ motor function ส่วนที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ จากการตรวจ bulbocavernosus reflex พบกำลังกล้ามเนื้อและความรู้สึกบางส่วนที่ต่ำกว่ากระดูกสันหลังหักส่วนเอวระดับ L1 เสีย พบว่า เป็น complete cord lesion มีภาวะอัมพาตของร่างกายส่วนล่าง ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทันทีจากการหักของกระดูกสันหลัง โดยสูญเสียหมดทั้งกำลังกล้ามเนื้อและความรู้สึก ไม่แสดงอาการของการฟื้นตัวภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีเช่นนี้ จะเป็นการทำลาย หรือมีพยาธิสภาพอย่างถาวรของไขสันหลังทั้งหมดที่ระดับนั้น⁽⁴⁾ ในกรณีศึกษา รายที่ 3 พบว่า มีการสูญเสียระบบประสาทอย่างสมบูรณ์ หูรูดเป็นอัมพาตชนิดอ่อนปวกเปียก (flaccid paralysis) รีเฟล็กซ์ลดลง ไม่มีกำลังกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้าง จึงให้การรักษาโดยการผ่าตัดจัดกระดูกเข้าที่และยึดด้วยโลหะ (pedicular screw) ร่วมกับ

การเชื่อมกระดูก ช่วยให้การดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยต้องพิการอัมพาตส่วนล่าง การเคลื่อนตัวไปมาต้องใช้รถเข็นนั่ง (wheel chair) ทำให้มีการปฏิบัติตัวใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมือนเดิม จากปัญหาด้านการพยาบาล ในกรณี ศึกษา ทั้ง 3 ราย พบว่า ยังขาดความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวขณะอยู่รักษา และเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งการเกิดภาวะกระดูกสันหลังหัก/บาดเจ็บไขสันหลังจะกระทบหลายระบบ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องให้การดูแลด้านจิตใจตั้งแต่ติดกอุปกรณ์และฉุกเฉิน และการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยให้การพยาบาลด้วยความรวดเร็ว ด้วยท่าที่นุ่มนวล เอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ อธิบายขั้นตอนแนวทางการดูแลรักษา สิทธิบัตรการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย จัดให้ผู้ป่วยและญาติได้พบและพูดคุย เป็นการรักษาสัมพันธภาพในภาวะวิกฤติ ให้ความรู้และสาธิตการพลิกตะแคงตัวแบบ log rolling การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และผลข้างเคียงจากการนอนนาน ๆ การใช้ incentive spirometer การไอและการหายใจลึก ๆ การออกกำลังขาและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติก่อนการผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังผ่าตัด อีกทั้งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระบบไหลเวียนและระบบทางเดินหายใจ การดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจะเกิดภาวะ neurogenic bladder จะมีการค้างคั่งของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ จึงเริ่มการคาสายสวนปัสสาวะให้ตั้งแต่รับผู้ป่วย เพื่อเป็นการป้องกันภาวะ over distension และ uretero reflux จนกระทั่งเข้าสู่การฝึกหัดขับถ่ายปัสสาวะ โดยการควบคุมน้ำดื่มและการสวนเป็นครั้ง Intermittent catheter การดูแลระบบทางเดินอาหาร โดยการงดน้ำและอาหารก่อนจนกว่าจะเริ่มจิบน้ำ เมื่อมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ เริ่มเป็นอาหารอ่อน อาหารธรรมดา ซึ่งกรณีศึกษา รายที่ 3 ยังมีกล้ามเนื้อลำตัวช่วงบนที่ยังใช้งานได้ จึงแนะนำการใช้กำลังของกล้ามเนื้อลำตัวช่วงบนชดเชยกับกล้ามเนื้อลำตัวช่วงล่างที่เป็นอัมพาตได้ โดยที่ผู้ป่วยสามารถนั่งทรงตัวได้ ทำให้สวมกางเกงได้สะดวกมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำงานช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพของกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่ เช่น

การรับประทานอาหาร การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การแต่งตัว หวีผม แต่งหน้า การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การติดต่อ สื่อสารกับผู้อื่น การเปลี่ยนอิริยาบถ เป็นต้น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคัดแปลงสภาพแวดล้อมที่ บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ดำรงชีวิตอย่างอิสระมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกทำ กิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาที่ต้องการและสามารถทำกิจกรรม นั้นอย่างปลอดภัยและสำเร็จในเวลาไม่นานเกินไป และ การทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ เช่น การเตรียมอาหาร การ ทำความสะอาดบ้าน การเขียนหนังสือ เป็นต้น ซึ่ง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันถือว่าเป็นปัจจัย สำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิต การดูแลอย่างบูรณาการ และเข้าใจสถานะเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงภาวะทางจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความพึงพาหรือการที่ต้องตกเป็นผู้ที่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรค ต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลใดก็ตามไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น จะทำให้บุคคลนั้นสูญเสียความ ภูมิใจในตนเอง จากปัญหาของกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงตระหนักและ ให้ความสำคัญในเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้ โดยให้การพยาบาลที่ มีคุณภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีการตอบ สนอง ความต้องการและการแก้ปัญหาในลักษณะองค์รวม ซึ่ง จะต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและ จิตวิญญาณ ที่มีคุณธรรมและจริยธรรม ทำให้เกิด สัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ รวมทั้งเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรอีกด้วย⁽⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการ

1. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ เป็นผู้มีความสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลร่วมกับ แพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยมี โอกาสเสียชีวิตและเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นพยาบาลปฏิบัติการต้องปฏิบัติ ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ วิกฤติฉุกเฉินหลังหัตถ์ระดับอก/เอว อย่างเคร่งครัด

2. พยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการต้องมີ ความสามารถวินิจฉัยทางการแพทย์ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน

และวิกฤติฉุกเฉินหลังหัตถ์ระดับอก/เอวได้ โดยให้ คำแนะนำผู้ป่วยนอนบนไม้กระดาน หรือที่นอนที่ไม่อ่อน นุ่ม จนกว่าชุดกู้ชีพจะไปถึง ซึ่งพยาบาลชุดกู้ชีพต้องมີ ความสามารถในการประเมินคัดกรองผู้ป่วย เพื่อคัดแยก ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ถูกต้อง การเคลื่อน ย้ายผู้ป่วยด้วยแผ่นกระดานหรือเปลดัก การเฝ้าระวัง สัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต การให้สารน้ำ การ ให้ออกซิเจน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ระหว่างนำ ส่งโรงพยาบาล โดย ประสานขอคำแนะนำจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง และรีบ นำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดภายในเวลา 8 ชั่วโมงนับ จากเกิดเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสดำเนินชีวิต Methyl prednisolone เพราะเมื่อมีการบาดเจ็บบริเวณกระดูกสัน หลังไม่ว่าจะมีไขสันหลังบาดเจ็บหรือไม่ จำเป็น ต้องให้การรักษาย่างถูกต้องตั้งแต่แรก เพื่อป้องกันไม่ให้มี ภัยอันตรายต่อไขสันหลังมากขึ้น และช่วยป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเป็นเหตุให้มีความพิการ เพิ่มขึ้น หรืออาจทำให้เสียชีวิตได้

3. พยาบาลหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็น บุคคลแรกที่เข้าถึงผู้ป่วย จะต้องมีความรู้และสามารถใน การรวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยให้ครบถ้วน สามารถประเมินและตรวจร่างกายเบื้องต้นที่จำเป็นได้อย่าง เหมาะสม รวดเร็ว สามารถตรวจระบบการรับรู้สติ เบื้องต้นได้ การตรวจร่างกายและการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ รวมทั้งสามารถให้การวินิจฉัยปัญหาใน การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อการวางแผนการ พยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้อง การของผู้ป่วย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้เรื่องยาที่ใช้ในการ รักษา และประเมินติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงจาก ผลข้างเคียงของยาได้เหมาะสม มีทักษะในการใช้อุปกรณ์ เพื่อช่วยชีวิตและอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการประสานงานกับแพทย์ ห้องตรวจปฏิบัติการ ห้อง ถ่ายภาพรังสี เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแล ผู้ป่วย

4. พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ต้องมีความสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและ วิกฤติฉุกเฉินหลังหัตถ์ระดับอก/เอวต่อเนื่องได้ ซึ่งจะใช้

เวลานานหลายวันในการผ่านพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียดคุกคามชีวิต เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ ต้องการความช่วยเหลือจากระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเครียดและรอดชีวิตได้ โดยไม่เกิดหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง ระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ พยาบาลจะต้องประเมินและเฝ้าระวังติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ดูแลและควบคุมการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ สังเกตและรักษาสมดุลของสารน้ำที่เข้า ออกจากร่างกาย การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนทีมสหสาขาวิชาชีพมีการวางแผน การจำหน่ายผู้ป่วย ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ด้านการบริหารจัดการ/ผู้บริหาร การบริหารจัดการเป็นหัวใจสำคัญในการบริการรักษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้ประสบผลสำเร็จและมีคุณภาพควรประกอบด้วย

1. นโยบายการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม

2. การจัดทรัพยากรบุคลากร การเตรียมบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรทางการพยาบาลผู้ให้บริการตั้งแต่ระยะคัดกรองของโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการป้องกัน ไม่ให้เกิดความรุนแรงของการเจ็บป่วย พิการหรือเสียชีวิต ให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาตามระบบทางด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่ต้องจัดหาให้มีใช้ในรพพยาบาลภูษิตพระดับสูง เช่น Spinal board, Hard collar เครื่องติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง เครื่องกระดูกหัวใจด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

4. ด้านยาและเวชภัณฑ์ควรจัดให้มียาฉุกเฉินที่จำเป็นให้พร้อมและจัดระบบการจัดเก็บและตรวจสอบจำนวน อายุการใช้งานอย่างชัดเจนมีการปฏิบัติจริง

5. ด้านการประสานงาน พยาบาลผู้ดำเนินการ ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการประสานที่ครบถ้วนครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็น กะทันหัน ชัดเจน ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติการสร้างสัมพันธ์ภาพ มรรยาทการใช้โทรศัพท์ การใช้ภาษาในการสื่อสาร เพื่อการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ

5.1 แพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ ในการวางแผนรักษาและให้แนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานทันสมัยสามารถปฏิบัติได้

5.2 แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวร กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะให้การดูแล

5.3 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

5.4 การประสานกับบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ ในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติ การ

5.5 ประสานบุคลากรทางสาธารณสุขในชุมชน ให้การศึกษากับประชาชนโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงให้รู้จักการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ รู้จักการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้านการบริการ

มีการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพในทุกจุดบริการที่ต้องให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะทั้งระยะวิกฤติระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่ายและระยะส่งเสริมฟื้นฟูสภาพตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ จนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน ต่อเนื่องถึงชุมชน เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ที่มีการพัฒนาให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง

ด้านวิชาการ

ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติ ติดตามปัญหาอุปสรรค ร่วมปรึกษากับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในการ

จัดการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง มีการค้นคว้าทางวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยกระดับมาตรฐานเพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ แนวทางการปฏิบัติ ควรประกอบด้วย การประเมิน คัดกรองผู้ป่วย การช่วยเหลือเบื้องต้น แบบประเมินการ checklist การดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก/บาดเจ็บไขสันหลัง เอกสารข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการรักษา การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย แบบประเมินการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล เครื่องช่วย และการสื่อสารกับโรงพยาบาลปลายทาง

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

สิ่งที่สำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ การช่วยเหลือเบื้องต้น ความรวดเร็วในการวินิจฉัยโรคและรับผู้ป่วยไว้ในสภาพที่ปลอดภัยที่สุด การให้การรักษาดูแลที่เหมาะสม เพื่อลดการบวมของระบบประสาทไขสันหลัง ไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง วินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อนให้เร็วที่สุด ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้แข็งแรง จนกลับไปปฏิบัติชีวิตประจำวันได้ พร้อมทั้งให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง หากทุกสถานบริการสาธารณสุขทั้งโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และเครือข่าย มีความเข้าใจในการช่วยชีวิต จะทำให้ลดการเสียชีวิตและไม่เกิดความพิการตามมา แต่ความเป็นจริงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ยังเป็นปัญหา เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบุคลากรยังขาดประสบการณ์ เพื่อการจัดระบบบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายต้องมีความรู้ความสามารถในการตรวจประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น และสามารถรวบรวมข้อมูลจำเป็น ที่จะขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางได้ถูกต้อง รวดเร็ว จึงควรมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ภายในจังหวัดและเครือข่ายบริการให้เป็นรูปธรรม เช่น จัดประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาศูนย์บริการทีมรักษาพยาบาลในทุกสถานบริการที่เป็นเครือข่าย มีการชี้แจงทำความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลตามระบบทางด่วน ทำข้อตกลงร่วมกัน เพื่อหาแนวทางปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการให้บริการผู้ป่วย จัดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประสานการดูแลระดับจังหวัด จัดระบบการประสานการรักษากับแพทย์เฉพาะทางที่ชัดเจนและมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน และทบทวนเหตุการณ์ เพื่อพัฒนาแนวทางอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรี มาแก่น. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักร่วมกับภัยอันตรายต่อระบบประสาท. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิดสิน; 2546. 56-75.
2. รายงานผลข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2560. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จังหวัดกาฬสินธุ์; 2560.
3. วรณีย์ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2553.
4. ชยยุทธ ศิริปการ. ความรู้พื้นฐานทางคลินิก การรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (Basic knowledge of clinical practice in Orthopedic). กรุงเทพฯ: บริษัทไอกรู๊ปเพรส จำกัด; 2553.
6. พิสมัย มงคลสินธุ์ และคณะ. การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบ ครอบครัวบริบท โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. ใน มกรา พันธุ์ จูฑะรสก, เขวลักษณ์ แม้นมาศ และอณิษฐา จูฑะรสก. ถอดบทเรียน: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กรุงเทพมหานคร: แคนเน็กซ์ อินเตอร์คอรปอเรชั่น; 88.
5. วิวัฒน์ วาณะวิศิษฐ, วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และคณะ. กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่กระดูกสันหลัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าของ
อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

The Effectiveness of a Program for Mental Health Literacy Development in Caring for Persons with
Depression by Village Health Volunteers in Chiang Muan District, Phayao Province

พงศ์ศิลป์ วิลาชัย¹, สุทธิพร มูลศาสตร์², เศรษฐา แก้วพรม³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า และ 3) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี 2 กลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน ถูกเลือกแบบเจาะจง และบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน ซึ่งถูกเลือกแบบการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของจอร์มและคณะ (2006) ใช้เวลานาน 6 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยการบรรยาย การวิเคราะห์กรณีศึกษา การนำเสนอ การชมวิดิทัศน์ และการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน 2) วิดิทัศน์เรื่อง “การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า” ที่ผู้วิจัยผลิตขึ้นเอง 3) แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพจิตฯ ของ อสม. มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .88 ค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ .77 4) แบบสอบถามบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 1.00, .80 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคเท่ากับ .84 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1) ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) ความพึงพอใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีต่อการดูแลของ อสม. มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The quasi-experimental research aimed: 1) to compare the mental health literacy of village health volunteers in caring for depression persons before and after enrolling the program, 2) to compare the depression of persons with depression before and after enrolling the program, and 3) compare the satisfaction of persons with depression toward caring of village health volunteers before and after enrolling the program.

The samples were 20 village health volunteers who were selected by purposive sampling, and 20 persons with depression who were selected by simple random. The research tools consisted of: 1) a mental health literacy program which was developed based on the concept of Jorm and other (2006). The duration of the program took 6 weeks. The activities comprised lecture, case study, presentation, video watching, and home visit practice. 2) A video entitled “Care for persons with depression” was developed by the researcher. 3) A questionnaire of mental

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงม่วน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่

วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

health literacy for village health volunteers which content validity index (CVI) was .88, and KR-20 of reliability was .77. Finally, 4) a questionnaire for persons with depression comprised 3 parts: general information, depression, and satisfaction toward caring from village health volunteers. Content validity indexes (CVIs) of part 2 and 3 were 1.00 and .80, and Cronbach's alpha coefficients were .84 and .81 respectively. Data was analyzed by descriptive statistics and t-test.

The results revealed that after enrolling the program, 1) the mental health literacy of village health volunteers was significantly higher than before enrolling the program ($p < .05$). 2) The depression of persons with depression was significantly lower than before enrolling the program ($p < .05$). Finally, 3) the satisfaction of persons with depression toward caring from village health volunteers was significantly higher than before enrolling the program ($p < .05$).

Keywords: Mental Health Literacy, Depression, Village Health Volunteer

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุด โดยในปี 2556 พบมากถึง 1.4 ล้านคน หรือร้อยละ 2.8 ของโรคทางจิตทั้งหมดที่พบประมาณ 7 ล้านคน⁽¹⁾ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นคนที่มีความทุกข์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งซึ่งต้องการการรักษา เพราะถ้าหากปล่อยไว้ผู้ป่วยอาจคิดสั้นฆ่าตัวตายได้ เพราะมีสถิติที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า ทั้งนี้ธนาคารโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้คาดการณ์ว่า ในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีคนไทยป่วยด้วยโรคซึมเศร้ากว่า 1.1 ล้านคน ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษา โรคนี้จึงถือเป็นโรคสำคัญที่ต้องการการดูแล⁽²⁾

ในประเทศไทย การสำรวจ ทางจิตเวชระดับชาติโดยกรมสุขภาพจิต เมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศมีร้อยละ 2.7 โดยพบในกรุงเทพมหานครมีความชุกร้อยละ 5.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 2.7 ภาคกลางร้อยละ 2.4 ส่วนภาคเหนือและภาคใต้มีความชุกร้อยละ 2.3 สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาโรคซึมเศร้ามีสถิติที่ใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะภูมิภาคต่าง ๆ ยกเว้น กรุงเทพมหานครที่มีสถิติสูงกว่าภาคอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบ มีการแข่งขันสูง ส่วนใน

ภาคเหนือสาเหตุของภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด

จังหวัดพะเยามีสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ลำดับต้น ๆ ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ซึ่งปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงขึ้นถึง 3,102 แส่นประชากร (ศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2557) ซึ่งสูงกว่าทั้งระดับประเทศที่มีอัตราป่วย 2,160 ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ และระดับเขตที่มีอัตราป่วย 2,652 ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงม่วน ในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 49.11 ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 38.9 ในปี พ.ศ. 2557 และร้อยละ 29.35 ในปี พ.ศ. 2558 ดังนั้นมาตรการบริการเชิงรุกจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา พบว่าในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 20 คน (ร้อยละ 38.88) ซึ่งจำนวนนี้เป็นเพียงผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษาเท่านั้น ยังพบว่ามีผู้ป่วยหรือบุคคลที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอยู่ในชุมชนค่อนข้างมาก ทั้งนี้เพราะประชาชนในพื้นที่มีการดื่มสุราเป็นประจำในสัดส่วนที่สูง นอกจากนี้แล้วรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนมากเน้นการบริการรักษาและฟื้นฟูสภาพโดยจะดูแลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วน

แนวทางการส่งเสริมและป้องกัน โรคซึมเศร้ายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ ได้กำหนดให้มีระบบที่เริ่มจากการค้นหาบุคคลที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าด้วยการคัดกรองในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปนั้น สามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการได้ในหมู่บ้านด้วยแบบคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ควรดำเนินการโดยพยาบาลในสถานีนอมนัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลด้วยเครื่องคัดกรองที่พัฒนาอย่างถูกต้อง ได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งจะสามารถจำแนกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 กลุ่มตามความรุนแรง แล้วให้การช่วยเหลือหรือรักษาตามความรุนแรงของโรคดังกล่าว

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านม่วง ได้แก่ การบริการเชิงรับ คือ การนัดให้ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิก ทุก ๆ 2 เดือน และการบริการเชิงรุก คือ การออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อติดตามการรับประทานยาและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย ซึ่ง อสม.ถือเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านม่วง มีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบจำนวน 9 หมู่บ้าน มี อสม.จำนวน 172 คน ต่อมาได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.ออกเป็น อสม.ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ เรียกว่า อสม.เชี่ยวชาญ หรือ อสมช. ซึ่งแต่ละสาขามีจำนวนที่แตกต่างกันไป ส่วน อสม.เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตในตำบลบ้านม่วงมีจำนวน 20 คน ซึ่งมีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในหมู่บ้าน ที่ผ่านมามีการให้ อสม.คัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปปีละ 1 ครั้ง และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้

พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุก ๆ 3 เดือน และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามการมอบหมาย โดยใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านอย่างง่ายที่ได้สร้างขึ้นโดยศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านม่วง เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า อสม.ยังขาดทักษะและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช รวมทั้งโรคซึมเศร้า ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในระยะหลังจึงพบว่ามีการศึกษาถึงผลการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตหรือความแตกฉานทางสุขภาพ (health literacy) ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการแทนการพัฒนาเพียงความรู้และความเข้าใจเท่านั้น ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี ความฉลาดทางสุขภาพมีความสำคัญต่อบุคคลในการควบคุมจัดการสถานการณ์สุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพด้านการเจ็บป่วยทางจิตหรือความฉลาดทางสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงการบำบัดรักษามูลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว บุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ดังนั้นถ้าจะทำให้การดูแลสุขภาพประชาชนของ อสม. มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงควรพัฒนาให้ อสม. มีความฉลาดทางสุขภาพจิตด้วย

สถานการณ์ปัญหาโรคซึมเศร้าในตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตของ อสม. เพื่อทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องนี้

น้อยมาก ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมนี้จะช่วยให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลที่ดี และสามารถป้องกันฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพจิตในโรคซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรม (One group pretest-posttest design) โดยการเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพจิตในโรคซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา จำนวน 172 ราย ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่หมู่บ้านในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง จำนวน 2,860 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ที่ได้รับมอบหมายให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสาขาสุขภาพจิตชุมชนทั้งหมด ถูกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

2. บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 9Q และได้คะแนนรวมระหว่าง 7-18 คะแนน จำนวน 20 คน ซึ่งถูกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) มา 1 คน จากกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ จอร์ม และคณะ⁽³⁾ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมประกอบไปด้วยเครื่องมือย่อย จำนวน 3 ชุด ได้แก่

1.1 แผนการสอน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและจัดรูปแบบกิจกรรมตามแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพจิตของจอร์ม และคณะ⁽³⁾ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระสำคัญ กิจกรรมการสอน สื่อการสอน และการประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การจำแนกการเจ็บป่วย สาเหตุ การแนะนำกิจกรรมการ

ช่วยเหลือ ช่องทางการช่วยเหลือ และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงการฝึกทักษะการติดตามดูแลให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน และเพื่อให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการดูแลที่บ้าน จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการประเมินภาวะซึมเศร้า การให้คำแนะนำช่วยเหลือต่าง ๆ

1.2 วิธีทัศน์ เรื่อง “การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน” เป็นบทละครที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการเยี่ยมบ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เห็นบทบาทสมมุติการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้าน ตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การแปลผลการคัดกรอง การรายงานผลการคัดกรอง การจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิต การบอกสาเหตุ การแนะนำกิจกรรมช่วยเหลือ การแนะนำช่องทางช่วยเหลือ และการมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มีความยาว 45 นาที

1.3 กลุ่มมือ “อย่าปล่อยให้โรคซึมเศร้าลอยนวล” ซึ่งเป็นคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอ่านแล้วเข้าใจง่าย, มีเนื้อหาครอบคลุม ตั้งแต่อาการของโรคซึมเศร้า, สาเหตุของโรคซึมเศร้า, แนวทางการประเมินโรคซึมเศร้า, การดูแลรักษา และการให้ความช่วยเหลือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพจิต ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความฉลาดทางสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจาก เชษฐา แก้วพรม และคณะ (2555)⁽⁴⁾ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพจิตของจอร์มและคณะ (Jorm, et al., 2000)⁽³⁾ ซึ่งเป็นแบบสอบถามโดยกำหนดสถานการณ์ของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือน

ที่รับผิดชอบ และประสบการณ์การอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพจิต ประกอบด้วยจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจในการจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 2 ข้อ 2) สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 ข้อ 3) กิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 24 ข้อ 4) ทัศนคติต่อบุคคลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ 5) ช่องทางให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 ข้อ

แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเต็มอยู่ที่ 88 คะแนน ซึ่งหลังจากที่มีการเก็บรวบรวมและข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว สามารถแบ่งเกณฑ์การพิจารณาคะแนนระดับความฉลาดทางสุขภาพจิตเป็นแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก

2.2 แบบสอบถามบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้า (9Q) โดยใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มี 9 คำถาม มีคะแนนเต็มอยู่ที่ 27 คะแนน แบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยมาก, ระดับน้อย, ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยข้อคำถามประยุกต์แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพจิตของจอร์มและคณะ⁽³⁾ มีจำนวน 10 ข้อ แบบเลือกตอบจำนวน 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก และมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเชิงเนื้อหา (content validity)) แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพจิตได้ค่า CVI = .88 ส่วนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำได้ค่า CVI= 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ และการตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ค่า Reliability =

0.77 ส่วน ส่วนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าได้ค่า Reliability = 0.84 และ 0.81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามขั้นตอนของมหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาราช ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ (เลขที่ 27/2559)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน มีอายุระหว่าง 26-63 ปี โดยมี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 46 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) จบการศึกษา ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) มีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 85) ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขน้อย ที่สุด 4 ปี มากที่สุด 28 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 15 ปี จำนวน หลังคาเรือนที่รับผิดชอบมากที่สุด 19 หลังคาเรือน น้อยที่สุด 5 หลังคาเรือน เฉลี่ย 8 หลังคาเรือน ประสบการณ์การอบรม หลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนมากเคยผ่านการอบรม มากกว่า 1 เรื่อง (ร้อยละ 50)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน มีอายุระหว่าง 42-82 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) จบการศึกษาใน ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ อาชีพ (ร้อยละ 60) รายได้ส่วนมากได้มาจากเบี้ยยังชีพ/ ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 60) และส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20)

2. ผลการเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพจิต ในโรคซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านหลังการได้รับ โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า หลังได้รับ โปรแกรมมีระดับภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการ ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการดูแลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับ โปรแกรมมีระดับความพึงพอใจมากกว่า ก่อนการได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพจิตในโรคซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน อภิปรายผลตามความฉลาดทางสุขภาพจิตได้ ดังนี้

1.1 ความสามารถในการจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต กิจกรรมที่ทำให้สามารถจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตได้ คือ การเรียนรู้จากกิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรมการหย่อนกระด้ายสีเพื่อจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต เพราะหลังจากที่ได้เรียนการจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตภาคทฤษฎีแล้วจะเป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีการตัดสินใจในการแยกความผิดปกติทางจิตของกรณีศึกษา โดยกิจกรรมนี้ ต้องมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ภายในกลุ่ม

1.2 ความสามารถในการระบุสาเหตุของภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ทำให้สามารถบอกสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ คือ กิจกรรมการเรียนรู้ในเรื่องของสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยได้บรรยายและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อ

สงสัย ประกอบกับการได้เห็นกรณีศึกษาจริงจากสื่อวีดิทัศน์ ที่ได้นำเสนอถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียสิ่งที่อันเป็นที่รัก นั่นคือ การที่แฟนบอกลิขและหนีออกจากบ้าน ทำให้เกิดความเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนจากกรณีศึกษาที่มีสาเหตุแตกต่างกันออกไปส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการเรียนรู้สามารถบอกถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

1.3 ความสามารถในการแนะนำกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมจากที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถให้คำแนะนำกิจกรรมช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ได้แก่ กิจกรรมการเรียนรู้ภาคทฤษฎีในรูปแบบการบรรยาย และคู่มือ “อย่าปล่อยให้โรคซึมเศร้าลายนวล” เกี่ยวกับการแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น การลดปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น รวมถึงการชมวีดิทัศน์ในช่วงของการแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้แล้วกิจกรรมการเยี่ยมบ้านบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการนำความรู้ไปใช้กับสถานการณ์จริง ในการฝึกการให้คำแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสม ทำให้เกิดความจำและเข้าใจอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

1.4 ความสามารถในการแนะนำช่องทางให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ทำให้ความสามารถในด้านนี้เพิ่มขึ้น คือ การเรียนรู้จากภาคทฤษฎีในรูปแบบการบรรยายเกี่ยวกับช่องทางการขอความช่วยเหลือ กิจกรรมการเข้ากลุ่มเพื่อวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการแนะนำช่องทางความช่วยเหลือ รวมถึงการชมวีดิทัศน์ในช่วงของการแนะนำช่องทางความช่วยเหลือทั้งจากผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน สถานบริการสาธารณสุข และสายด่วนสุขภาพจิต จากนั้นเป็นการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำช่องทางความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง

1.5 ทักษะต่อบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ทำให้ทัศนคติที่ดีขึ้น คือ การเรียนรู้ภาคทฤษฎีในรูปแบบการ

บรรยายทำให้เกิดความรู้จำ นำมาสู่กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ซึ่งได้เห็นและลงมือปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความเข้าใจบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า เห็นอก เห็นใจ นำมาซึ่งการมีทัศนคติที่ดี ซึ่งการเรียนรู้นี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของเบนจามิน บลูมและคณะตามจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย (affective domain) (พฤติกรรมด้านจิตใจ) ในระดับของการเกิดค่านิยม กล่าวคือ เป็นการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของการยอมรับนับถือในคุณค่านั้น ๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อแล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น นอกจากนี้แล้วผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ คลอง จงพวนิช, เขษฐา แก้วพรม, เพ็ญญา พิสัยพันธุ์, และ ลลนา ประทุม (2555)⁽⁴⁾ ในการสำรวจความเข้าใจและทัศนคติของญาติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีทัศนคติที่ดีต่อหญิงหลังคลอดที่มีปัญหาทางจิต

2. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของบุคคลผู้มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า รูปแบบของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตนี้มีความเหมาะสมอธิบายได้ว่า ระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลงเป็นผลที่เกิดจากการที่บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลและรับความรู้ ความเข้าใจในความคิดปกติที่ตนเองเป็นอยู่จาก อสม. ในด้านสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ซึ่งนำมาสู่การแก้ไขสาเหตุร่วมกัน การได้รับคำแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสม การลดปัจจัยเสี่ยง การได้รับทราบถึงช่องทางความช่วยเหลือและที่สำคัญ อสม. มีทัศนคติที่ดีกับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ตลอดจนการได้พูดคุย ระบายความรู้สึก มีเพื่อนพูดคุย กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีคนเข้าใจ และที่สำคัญมีการแก้ไขสาเหตุของภาวะซึมเศร้า สุดท้ายแล้วทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

3. การเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคคลผู้มีภาวะซึมเศร้าต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า ระดับความพึงพอใจที่เพิ่มมากขึ้น เกิดจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าภายใต้การมีองค์ความรู้และทัศนคติที่ดี เกิดการดูแลด้วยความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า นำมาซึ่งความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก เกิดความพึงพอใจที่เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิต ในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สามารถนำไปใช้ในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา และพื้นที่อื่น ๆ ได้

1.2 โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิต ในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ เช่น โรคจิตเภท เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว มากกว่า 8 สัปดาห์ และควรมีการศึกษาแบบแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ข้อคิดเห็น และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.เชษฐา แก้วพรม ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย มาโดยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงม่วน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านม่วง สาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้านที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในตำบลบ้านม่วงที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิต และทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง ขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ พยาบาลและเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ มีความปรารถนาดี และเป็นกำลังใจในการเรียน ทำให้ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาอย่างที่ตั้งใจในครั้งนี้ ความดีและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความรู้สุขภาพจิตครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย กรมสุขภาพจิต. 2547.
2. _____.ภาวะสุขภาพจิตไทยนนทบุรี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2549.
3. Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000; 40(1), 3-5.
4. เชษฐา แก้วพรม และคณะ. ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรณีศึกษาสองตำบลในพื้นที่อำเภอขงจันทบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557.

¹ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Effects of Self-Efficacy Promoting Program among Stroke's Caregivers

มยุรี ประชน¹, ธนิดา ผาติเสนะ²

Mayuree Prachon, Tanida Phatisena

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน โดยมีการจัดกิจกรรมขณะอยู่ในโรงพยาบาลใช้เวลา 5 วัน และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะ รวมระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังจากผลลัพธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างการทดลองและหลังการทดลองภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง, ผู้ดูแล, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research was quasi-experimental research time series. Design trials were only one group and repeated measures. The objective of this research was to study the effects of self-efficacy promoting program among stroke's caregivers. The sample composed of 30 stroke's caregivers. Activities of stroke's caregivers were 5 days stroke caring program on- hospital and follow up 8 weeks. Research instruments were included questionnaire on self-efficacy promoting program among stroke's caregivers, the results show that the expectations of the stroke's caregivers and skill evaluation of stroke's caregivers. For the statistical analysis of data, the frequency distribution, mean, percentage, standard deviation, paired t-test and repeated measure ANOVA were applied.

The results showed the following: knowledge and skills of stroke's caregivers who received stroke caring program after discharge were significantly higher than that of before at the level of .05. Skills of stroke's caregivers between and after stroke caring testing after discharge to 2, 4 and 8 weeks were significant at the level of .05 as well.

Key words: Effects of Self-Efficacy Program, Caregivers, Stroke

¹ นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง(stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 212,186 คน ในปี 2554 เป็น 227,848 คน ในปี 2555⁽¹⁾ ในแต่ละปีต้องมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงขึ้น 7-11 เท่า และมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น 3 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ซึ่งประชากรสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้ได้สูงมาก⁽²⁾ โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงและส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการดูแลรักษาระยะยาว ส่งผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาก่อนข้างสูงและเป็นภาระในการดูแลรักษา ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น มีความปลอดภัยในชีวิตลดน้อยลงจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองในการตัดสินใจ ปัญหาด้านจิตใจที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า⁽³⁾

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากขึ้นชีวิตเพิ่มขึ้น โรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงหลายระดับ ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้น พบว่าประมาณร้อยละ 20 จะหายเป็นปกติ ร้อยละ 60 ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องระยะหนึ่ง จึงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และร้อยละ 20 ต้องการผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือต่างๆ ในชีวิตประจำวันตลอดเวลา⁽⁴⁾ เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดผลกระทบอื่นๆ ตามมาในระยะยาว เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะเครียด⁽⁵⁾

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ดังกล่าว บุคลากรด้านสุขภาพจึงตระหนักในการเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองเป้าหมายสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพ ซึ่งระยะเวลาในการฟื้นฟูให้หายจากโรคส่วนใหญ่จะใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลานาน หลังการจำหน่ายเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปรับตัวในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดวิตกกังวล เสี่ยงสมดุลในชีวิต จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจตั้งแต่วินาทีแรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน⁽⁶⁾ หากผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ดูแลก็จะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลยังเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจมากขึ้น

ด้วยสภาพบริบทในพื้นที่โรงพยาบาลปัทมราชเป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาในการรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักฟื้นระหว่างการรักษา จากข้อมูลทางสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2553-2557 จำนวน 42,42,38,69 และ 105 ราย ตามลำดับ พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.26 เฉลี่ยวันนอน 5-7 วัน/คน นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยในการดูแล ปีละ 779,417บาท/ปี นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทางโรงพยาบาลปัทมราชจึงเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการวางแผนในการจำหน่ายที่ครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพแต่ยังคงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ทางหน่วยงานจึงสนใจหาวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน พบว่าผู้ดูแลจำนวน 7 คน ขาดความมั่นใจในตนเอง คิดว่าตนเองทำไม่ได้เพราะไม่ได้เรียนมา และอีก 3 คน ไม่สามารถปรับตัวในการเป็นผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะพักฟื้นที่บ้าน และกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลปัทมรังษีเป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาในการรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักฟื้นระหว่างรับการรักษา จากข้อมูลทางสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาคพบว่า ในปี พ.ศ. 2553-2557 จำนวน 42,42,38,69 และ 105 ราย ตามลำดับ พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.26 เฉลี่ยวันนอน 5-7 วัน/คน นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยในการดูแล ปัสสาวะ 779,417บาท/ปี นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทางโรงพยาบาลปัทมรังษีจึงเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากพยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมองส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยให้การช่วยเหลือเพื่อชดเชยความบกพร่องที่ขาดหายไป ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้น พบว่าประมาณร้อยละ 20 จะหายเป็นปกติ ร้อยละ 60 ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องระยะหนึ่ง จึงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และร้อยละ 20 ต้องการผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือต่างๆ ในชีวิตประจำวันตลอดเวลา⁽⁴⁾ เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดผลกระทบอื่นๆ ตามมาในระยะยาว เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ กล้ามเนื้อเหยี่ยวลีบ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะเครียด⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ผู้วิจัยได้แนวคิดจากการใช้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura เพื่อเป็นการเตรียมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล อีกทั้งยังสามารถปรับตัวและปฏิบัติบทบาทในการเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีคุณภาพเมื่อต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตน
3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอใบรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา รับรองเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2558

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (The single group pretest posttest time series design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปัทมรังษี ด้วยภาวะสมองขาดเลือดและหลอดเลือดสมองแตก ตีบ

ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ.2558

2. ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร เป็นต้น เป็นผู้ดูแลหลักที่พักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ยินยอมและให้ความร่วมมือการวิจัยโดยการลงนาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. แบบสอบถามความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ที่ผ่านการตรวจสอบ ได้ค่า IOC 0.33 - 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ราย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ รับผิดชอบเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.87 แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการ

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลภายใน 2 วัน หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อหาผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงและบทบาทในการเป็นผู้ดูแลและความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง สาเหตุ แนวทางการรักษา การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลภายใน 3 - 4 วัน หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อทบทวนความรู้และให้ความรู้เพิ่มเติม ให้ผู้ดูแลวิธีทัศนสัมภาษณ์ ผู้ที่มีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลโดยตรง วิธีในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวิธีการเผชิญกับปัญหาของผู้ดูแล กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย สาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ครั้งที่ 3 พบผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย ติดตามแผนการรักษา และการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 4 เชิญบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสัปดาห์ที่ 2 ประเมินสภาพปัญหาและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกและประสบการณ์ในการดูแลในช่วงเวลาที่อยู่บ้าน

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 4 พบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถทำ

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 8 พบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทักษะของผู้ดูแล และสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ อายุ 30 - 40 ปี ร้อยละ 43.7 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 83.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ประกอบ

อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.7 รองลงมา เกษตรกรรม ร้อยละ 23.3 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 86.7 สมาชิกในครอบครัวมีน้อยกว่า 5 คน ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลรองจากผู้ดูแล ร้อยละ 73.3 จำนวน 1 คน ร้อยละ 65.0 โดยทั่วไปภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 73.3

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนการทดลองมีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 53.3 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 33.4 และระดับมาก ร้อยละ 13.3 ภายหลังการทดลองมีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 76.7 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลองเท่ากับ 1.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66 ภายหลังการทดลองพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 2.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 ตามลำดับ

3.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความคาดหวังจากผลลัพธ์ของผู้ดูแล ก่อนการทดลองมีระดับคะแนนความคาดหวังจากผลลัพธ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 63.3 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับมาก ร้อยละ 3.4 ภายหลังการทดลองมีระดับคะแนนความคาดหวังจากผลลัพธ์ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 56.7 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 43.3 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังจากผลลัพธ์ก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 ภายหลังการทดลองพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังจากผลลัพธ์ เท่ากับ 2.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50 ตามลำดับ

4.การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 เมื่อวิเคราะห์ Post hoc โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนการทดลอง และ ภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8 เป็นรายคู่ โดยใช้สถิติ

One way ANOVA (post hoc test) พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ย 60.33 $\pm$ 11.32 ภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 78.57 $\pm$ 9.82 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 2 สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 90.17 $\pm$ 7.23 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และ ภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 95.50 $\pm$ 4.26 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้บรรลุไปตามวัตถุประสงค์ ผลจากใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ หลังจากนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ดูแลพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแล และ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้ เนื่องมาจาก

1.ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นเพราะผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการให้ความรู้ สร้างความมั่นใจในการดูแล เพื่อให้มีความสามารถ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการดูแลผู้ป่วยได้สม่ำเสมอ ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถ มีความมั่นใจและ จึงส่งผลทำให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของนิชริมา ศรีจันทร์ (2553)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถ จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ ($p < .001$) กล่าวว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับประสบการณ์จากการเป็นผู้ดูแลโดยตรง มีการทบทวนให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดความมั่นใจ และมีทักษะในการดูแล จากนั้นมีการลงเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเพิ่มเติมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ สอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่าถ้าเรามีความเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถเราก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะไม่ท้อถอยง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุด

2.ด้านความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแล นอกจากจะมีการให้ความรู้ สร้างความมั่นใจในการดูแล เพื่อให้มีความสามารถ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องแล้ว ยังมีการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการสนทนาเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีการประเมินความสามารถของตนเองแล้วยังได้รับคำแนะนำให้คำปรึกษา และยังให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังจากผลลัพธ์จากการดูแล มีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีและมีความสุขขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิชริมา ศรีจันทร์ (2553)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$)

3.ด้านทักษะในการดูแล ซึ่งเป็นเพราะการเข้าร่วมรับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรักษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล มีการกำหนดเป้าหมายระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ฝึกทักษะที่ใช้

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล และผู้ดูแลอื่นเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยดูจากทัศนคติของผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของพรประไพ แจกเต้า และคณะ. (2554)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างจากก่อนการทดลองและหลังการติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับจากโปรแกรม ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถ มีความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแลและมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยทั่วไปผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี จึงทำให้ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแล หรือกล่าวได้ว่าเป็นพันธะหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงส่งผลต่อความสามารถและความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสมเหตุสมผล และทำให้ผู้ดูแลเกิดความใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีความเห็นอกเห็นใจ อีกทั้งยังเกิดความเข้าใจสภาพการเปลี่ยนแปลงของโรคในผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ดูแลทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลได้เป็นอย่างดีและเต็มศักยภาพ ซึ่งภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 และมีการโทรศัพท์สนทนาประเมินอาการ และทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 6 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความ

คาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแล และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการศึกษาเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนควรนำโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้มีความสามารถ ความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแล และมีทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง

2. ด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมีการกระตุ้นผู้ดูแลเกิดความมั่นใจจะส่งผลให้ผู้ดูแลทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลได้เป็นอย่างดีและเต็มศักยภาพ

3. จากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลแต่ละรายมีปัญหาไม่เหมือนกัน เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาด

อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ควรมีการประสานความร่วมมือกับชุมชนผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการช่วยเหลือ เช่น เรื่องสวัสดิการ การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่าง ๆ เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

4. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องหรือระยะเวลานานกว่า 8 สัปดาห์ เพื่อให้ทราบการรับรู้และทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นประสบการณ์ทางวิชาการที่มีคุณค่าสำหรับผู้วิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำแนะนำ แก่ไขข้อบกพร่อง ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนงบประมาณการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสรุปข้อมูลการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อระดับประเทศ ในการประชุม. โอ-วิทซ์ (ประเทศไทย). นนทบุรี, 2555.
2. เพ็ญฟ้า สีสวยและพวงสร้อย วรกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 52. 19 -27. 2551.
3. ปิยะภัทร เศรษฐธรรม. โรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิ ธาดา. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อัดดราพรินต์ จักัด. กรุงเทพฯ, 2548.
3. ดวงกมล วัตรจุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ในการดูแลตนเอง ความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 21(2) . 20-33. 2553.
5. เจริญจิต แสงสุวรรณ. ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง. ใน สมศักดิ์ เทียมเท่า. การจัดระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง แบบครบวงจร. คลังนาโนวิทยา.ขอนแก่น, 2555.
6. ธัญญาภรณ์ ดาวันเพ็ญ. ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2547.
7. นิชชีมา ศรีจันทร์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 26(1) . 38-51. 2559.
8. Bandura A. *Social foundation of thoughts and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1997.

ผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง
เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา

**EFFECT OF BREAST SELF EXAMINATION PROGRAM AND APPLICATION OF SELF
EFFICACY THEORY FOR STRENGTHENING THE COMPETENCY OF WOMEN VILLAGE
HEALTH VOLUNTEER NAKHON RATCHASIMA PROVINCE**

จักรกฤษณ์ มงคลสวัสดิ์¹, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์²

JAKKRIT MONGKONSAWAS , TONGTIP SLAWONGLUK

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 60 คน เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการตรวจเต้านม มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ ใช้เวลา 40 ชั่วโมง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านม โดยมีความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.69, 0.83, 0.75 และ 0.83 ตามลำดับ นำมาเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired-Sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับที่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม โดยมีความรู้ อยู่ในระดับสูง (83.33%) มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง (96.67%) มีการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง (86.67%) และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง (96.67%) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ โปรแกรมการตรวจเต้านม , ทฤษฎีความสามารถของตนเอง , สมรรถนะ , สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research was aimed to study effectiveness of breast self examination program by application of self efficacy theory. Sample was from 60 village health volunteers which came from specific selection. Sample was divided into experimental group and control group (30 subjects for each group). A tool that use in the experimental was breast self examination program which has periods of 12 weeks (40 hours). Tools that use in data accumulation were knowledge test of breast cancer and breast self examination, interviewed the perceive efficacy of breast self examination, interviewed the perceive outcome expectation of breast self examination and observation skill form of breast self examination before and after experiment which had reliability at 0.69, 0.83, 0.75 and 0.83 in order. Paired-sample t-test and independent t-test were use to analyze the data.

Result of this study indicated that after received the program, the experimental group had higher level of knowledge, perceive efficacy of breast self examination, perceive outcome expectation of breast self examination, and skill of breast self examination compare with before received the program; the experimental group had level knowledge in high-level 83.33%, perceive efficacy of breast self examination was in high-level 96.67%, perceive outcome expectation of breast self examination was in high-level 86.67% and skill of breast self examination was in high-

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

level 96.67%. Difference comparison of the point average of knowledge, perceive efficacy of breast self examination, perceive outcome expectation of breast self examination and skill of breast self examination between the experimental group and the control group indicated that experimental group had post average point higher than before the experiment and higher than control group statistically significant at .05.

Key words: Breast self-examination program, Self efficacy theory, Competency, Women village health volunteer

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมในสตรีเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยทุกประเทศทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 16 ของโรคมะเร็งในสตรี ในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 570,000 คน ในผู้หญิงอายุ 50 ปีทุกๆ 1,000 คนจะเป็นมะเร็งเต้านม 2 คน⁽¹⁾ จากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตาย ของสตรีใน 10 อันดับแรก⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งในสตรีที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งทั้งในภาคเหนือ ใต้ ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง⁽³⁾ ผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมประมาณปีละ 5-6 พันราย หรือประมาณ 20 คนต่อประชากร 100,000 คน⁽⁴⁾ แม้ว่ามะเร็งเต้านมจะเป็นโรคที่ป้องกันการเกิดได้ยากเนื่องจากไม่ทราบสาเหตุแน่นอน แต่ก็ เป็นโรคที่สามารถรักษาได้และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี ถ้าสามารถตรวจพบและ ให้การรักษาตั้งแต่ในระยะแรก⁽⁵⁾ การพยากรณ์โรคมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งในขณะที่ตรวจพบครั้งแรก ซึ่งถ้าพบว่าเป็นอยู่เฉพาะที่เต้านมและได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะยังคงมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ในระยะ 5 ปี ถึงร้อยละ 87 แต่ถ้าพบโรคมะเร็งในกรณีที่มีการแพร่กระจายลูกกลมไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้อัตราการรอดชีวิตจะลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 47⁽⁶⁾

การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ประหยัดเหมาะสมสำหรับประเทศไทยที่ยังมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจในการให้บริการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม และเป็น การสร้างความตระหนักให้สตรีมีความสนใจสุขภาพของตนเอง⁽⁷⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกและเต้านม ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

เหมาะสมและสามารถลดอัตราป่วย ตาย และ ผลกระทบจากโรควิถีชีวิตสำหรับจังหวัดนครราชสีมา ได้มีการดำเนินงานตามทึนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่า สตรีกลุ่มอายุ 30-70 ปี มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ.2555 มีอัตราการเกิดโรค 38.31 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ.2556 มีอัตราการเกิดโรค 56.97 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาจากการคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ในปี พ.ศ.2555 มีการคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 87.34 และในปี พ.ศ.2556 มีการคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 82.45 จากข้อค้นพบนี้จะเห็นได้ว่า มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นและอัตราการคัดกรองโรคลดลง

จากการศึกษานำร่องในสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกระโดน ตำบลสีมม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่าสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 53.33 แต่ยังเข้าใจว่ามะเร็งเต้านมสามารถป้องกันโดยการตรวจและสังเกตความผิดปกติของเต้านมทุกเดือนถึงร้อยละ 90.00 และมีการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 80 แต่ยังไม่มีมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่าทำได้ถูกต้องร้อยละ 43.33 ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า อสม.ได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100 สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 66.67 และแผ่นพับ แผ่นพลิก ร้อยละ 46.67 อสม.ทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและมีการนำความรู้ที่ได้ไปสอนให้แก่ครัวเรือนที่รับผิดชอบ แต่ทั้งนี้ร้อยละ 66.67 ยังขาดการประเมินทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ด้านปัจจัยเสริม พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการจัดอบรมเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองทุกปี และมีการติดตามผลการดำเนินงานจากสมุดบันทึกการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และลักษณะการจัดอบรมนั้นมุ่งเน้นภาคทฤษฎีมากกว่าภาคปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการประเมินพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองพบว่า มีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ร้อยละ 66.66 มีการให้ความรู้และสาธิตการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ให้กับสตรีกลุ่มอายุ 30-70 ปี ในครัวเรือนที่รับผิดชอบทุกคน แต่ยังคงขาดการประเมินทักษะในการตรวจมะเร็งเต้านม

จากสภาพปัญหาและการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าการคัดกรองการเกิดมะเร็งเต้านมโดย อสม. ที่ผ่านการอบรมนั้น ยังไม่เป็นไปตามที่นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ที่พบว่า อสม. ที่ผ่านการอบรมยังขาดสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ ในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและยังขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองเช่นเดียวกับการศึกษาของ พัทธนา ศรีเครือดา (2556)⁽⁸⁾ และมาลีนิ ไพบูลย์และคณะ (2556)⁽⁹⁾ และการศึกษาของเรวดี เพชรสิริราชสันต์และคณะ (2553)⁽¹⁰⁾ และมยุรี บุญวรรณ (2554)⁽¹¹⁾ ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบบคู่มือ กับ โปรแกรมสุขภาพศึกษาในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มตัวอย่างมีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองถูกต้องมากขึ้น

ดังนั้นการมีโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะที่เหมาะสมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มาใช้ในการจัดกิจกรรมเรียนรู้ น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ อสม. มีสมรรถนะในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับกลุ่มสตรีอายุ 30-70 ปี ในครัวเรือนที่รับผิดชอบ สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก อันจะ

ส่งผลให้ลดอัตราการตายมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดนครราชสีมาได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตน การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการตรวจมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินผลก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง โดยทำการวิจัยในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่ตำบลสีมาม อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 177 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ 1) เป็น อสม. ที่มีการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) ได้ผ่านการอบรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำปี 2557 3) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเอง 4) มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ด้วยตนเอง สื่อสารกับผู้อื่นได้ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบทดสอบด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.69 ได้มีการปรับปรุงเนื้อหาแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.83 ถือว่าเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.75 ถือว่าเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.83 ถือว่าเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา

แผนการสอนที่ 1 เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใน เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม อันตรายจากการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้เวลา 8 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 2,3)

แผนการสอนที่ 2 เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในเรื่องการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องทุกขั้นตอน ทั้ง 3 แบบ คือ 1. การดู 2. การคลำในท่านอนราบ 3. การคลำ

ขณะอาบน้ำใช้เวลา 18 ชั่วโมง แบ่งเป็นจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 4,5,8) และอยู่ในชุมชน 6 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 6,7,11)

แผนการสอนที่ 3 เพื่อสร้างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในเรื่องการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องทุกขั้นตอน และการสาธิตการตรวจหาความผิดปกติของเต้านมโดยมีหุ่นตรวจเต้านมเป็นแบบ เพื่อหาความผิดปกติของเต้านมและสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ผู้อื่นได้ ใช้เวลา 8 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 9,10)

แผนการสอนที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในเรื่องการจัดนิทรรศการทบทวนความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้ง 3 แบบ โดยมีการประกวด ใช้เวลา 6 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 12)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และได้อนุมัติจริยธรรมการวิจัยเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2559 เลขที่ใบรับรอง HE-006-2559 การเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยได้รับการยินยอมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired – Sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครราชสีมา ที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน สามารถจำแนกตามกลุ่มและตัวแปรได้ดังนี้

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 51.53 ปี โดยส่วนมากมีช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 43.33) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.9 ปี ส่วนมากมีช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปีและ 51-60 ปี (ร้อยละ 36.66) สถานภาพ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษามากที่สุด อาชีพ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด สำหรับโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวมากที่สุดคือ เบาหวาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.66) ส่วนกลุ่มทดลองพบมีโรคประจำตัวมากที่สุดคือ เบาหวาน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) การมีประจำเดือน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีประจำเดือน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.66) ส่วนกลุ่มควบคุม ยังมีประจำเดือนจำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.00) การเคยคุมกำเนิด ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มส่วนมากยังคุมกำเนิดอยู่สำหรับประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ทั้งสอง

กลุ่มเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง การประวัติเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม พบว่าส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ประวัติเคยฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยวิธีการสังเกตความผิดปกติและการใช้นิ้วมือ พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยฝึกทักษะด้วยวิธีการสังเกตความผิดปกติ ทั้งสองกลุ่มเคยมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในครอบครัวที่ทำนรับผิดชอบ และสำหรับการตรวจเต้านมแล้วพบความผิดปกติจะไปตรวจซ้ำที่สถานบริการทุกครั้ง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากตรวจเต้านมแล้วพบความผิดปกติจะไปตรวจซ้ำที่สถานบริการทุกครั้ง

2. ผลการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนในเรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

สมรรถนะ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	16.77	2.254	22.17	1.744	-13.218	.001**
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	38.57	6.129	53.63	3.068	-14.125	.001**
การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	26.10	5.128	36.97	2.942	-9.720	.001**
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	8.23	3.191	19.43	1.569	-17.110	.001**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร/กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
1.ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	22.17	1.744	15.77	2.417	11.763	.001*
2.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	53.63	3.068	40.07	4.518	13.607	.001*
3.การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	36.97	2.942	27.97	4.916	8.604	.001*
4.ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	19.43	1.569	9.37	3.306	15.068	.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า

1) ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง พบว่ามีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33) พบว่ากลุ่มทดลองยังขาดความรู้ในประเด็นเรื่องการมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่ามีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับก่อนการทดลองโดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (ตาราง 1) ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติอนุมาน พบว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง พบว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.66) พบว่ากลุ่มทดลองยังขาดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในประเด็นเรื่องขาดความเชื่อมั่นว่าท่านจะสามารถเป็นตัวแทนของชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลักดันให้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นมาตรการของชุมชน ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.66) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับก่อนการทดลองโดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (ตาราง 1) ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติอนุมาน พบว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองสูง

กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

3) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง พบว่ามีการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.66) พบว่ากลุ่มทดลองยังขาดการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในประเด็นเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการช่วยรัฐ ครอบครัวย ในการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งเต้านม ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่าการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.66) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับก่อนการทดลองโดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (ตาราง 1) ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติอนุมาน พบว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

4) ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง พบว่ามีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.66) พบว่ากลุ่มทดลองยังขาดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในประเด็นเรื่องการคลำแบบที่ 1 ในแนวขึ้นลง ระดับ 2 กดปานกลาง และระดับ 3 กดหนักขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำจำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ

ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน พบว่าภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับก่อนการทดลองโดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (ตาราง 1) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติอนุมาน พบว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ภาคทฤษฎีควบคู่กับการปฏิบัติสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action learning) ของ รุทเวล⁽¹²⁾ กล่าวว่าการเรียนรู้จากการปฏิบัติจะเป็นการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมการเรียนรู้แบบ SPICE ของ ศิริพร พึ่งเพชร (2553)⁽¹³⁾ ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญรวมถึงมีการจัดกระบวนการเรียนรู้เป็นกลุ่ม 5 ขั้น คือ การกระตุ้น การนำเสนอ การเรียนรู้ใหม่ของผู้สอน การจัดการเรียนรู้ตาม

ทักษะและความสามารถของผู้เรียน การสร้างองค์ความรู้โดยผู้เรียนและการสรุปและประเมินผล ร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ทำให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีความรับผิดชอบต่อการทำงานกลุ่ม ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินการปฏิบัติงานกลุ่ม พบว่า ผู้เรียนมีความสนใจตั้งใจ และให้ความร่วมมือในทุกกิจกรรมมีการแสดงความคิดเห็น ประกอบกับการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบกัลยาณมิตรของผู้สอนทำให้เกิดการเรียนรู้ที่สมดุลและมีความสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของมยุรี บุญวรรณ (2554)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในเครือข่ายความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 11 พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.09, p<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทนิชา แหวนวงศ์ และคณะ (2558)⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด พบว่า พฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ตามแผนการสอนที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนตามสภาพ

ปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างซึ่งแต่ละขั้นการสอนมีความสัมพันธ์กัน มีการตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญพร้อมก็นำไปทดลองใช้กับกลุ่ม อสม.ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลองตามสถานการณ์จริง สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนของทิสนา แคมมณี (2548)⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นกลุ่มที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญตามขั้นตอนการเรียนรู้แบบ SPICE ของศิริพร พึ่งเพชร (2553)⁽¹³⁾ ที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามสภาพจริง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ วิชัย วงษ์ใหญ่ (2542)⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาที่มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดให้ผู้เรียนเรียนรู้จากตัวแบบและหุ่นจำลองเต้านมและตัวแบบจริงรวมถึงมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เร็วขึ้น รวมถึงการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ เกิดความจำ เกิดการปรับพฤติกรรมตนเองเหมือนตัวแบบ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของระบบพี่เลี้ยง⁽¹⁷⁾ ประกอบกับการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้เป็นกันเองผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างอิสระ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม วิทยากรเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้ความรู้เป็นช่วงๆ และกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เชื่อมโยงความรู้เดิมสู่ความรู้ใหม่ ร่วมกับการฝึกทักษะโดยกิจกรรมการเรียนรู้เน้นคำนึงถึงความสมดุลยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของสมศรี เพชรงามและคณะ (2557)⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุนการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี หมู่ที่ 2 ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่าหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขสรรค์ นิพนธ์ไชย (2556)⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการตรวจเต้านมด้วย

ตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในตำบลกระซอน อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยบุคคลในครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการเรียนรู้โดยใช้ขั้นตอนการเรียนรู้แบบ SPICE ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์เรียนรู้เดิมเชื่อมโยงกับความรู้ใหม่อย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดกระบวนการเรียนรู้เป็นกลุ่ม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และมีทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้องเร็วขึ้น สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ผู้อื่นได้ดังนั้น ผู้ที่จะนำวิธีการสอนนี้ไปใช้ควรมีการศึกษาและฝึกปฏิบัติให้เข้าใจก่อนนำไปใช้ใน

เอกสารอ้างอิง

1. Globocan. "Estimating the world cancer burden". *International Journal of Cancer*. 94(2): 153 – 156, 2000.
2. สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา. *Breast cancer facts and figures 2009-2010*. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/f861009fi-nal90809pdf.pdf>. 20 มกราคม 2557.
3. สันศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมณี. *มะเร็งกับการสร้างเสริมสุขภาพ*. ในเอกสารประกอบการอบรมวิชาการเรื่องโรคมะเร็ง. หน้า 1. นครราชสีมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 2551.
5. Rimer BK, Schildraut, Hiatt KA. *Cancer: principles & practice of oncology*. 6th. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 2001.
6. Brailey ,L, J. "Effect of health teaching in the workplace on woman knowledge, belief and practices regarding breast self-examination." *Research in Nursing and Health*. 9: 23-31, 1986.
7. มัลลย์ มุตตารักษ์ และคณะ. *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2551.
8. พัทธนา ศรีเครือคำ และคณะ. "ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จังหวัดสุรินทร์". *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 27(3): 71-82, 2556.
9. มาสินี ไพบูลย์ และคณะ. "การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสตรีแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์". *ศรีนครินทร์ เวชสาร*. 28(1): 115-119, 2556.
10. เรวดี เพชรศิราสันห์ และนัยนา หนูนิล. "ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับสตรีวัยผู้ใหญ่". *Rama Nurs.J*. 16(1): 54-69, 2553.
11. มยุรี บุญวรรณ และคณะ. "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง". *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 26(1): 17-24, 2554.
12. Rotswill. *The Action Learning Guidebook*. Jossey – Bass/Pfeifer California, 1999.

สถานการณ์จริง และควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการจัดทำแผนการสอนโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองและมีวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ชัดเจน

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาความยั่งยืนของความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะอาจารย์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ขอบเขตเนื้อหาที่สาธารณสุขและผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

13. ศิริพร พึ่งเพชร. การพัฒนารูปแบบการสอนภาษาอังกฤษที่สอดคล้องกับลีลาการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา. ปรินญาณพนธ์การศึกษา
ดุยภูมิบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 2553.
14. ณัฐนิชา แหวนวงศ์และคณะ. “ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด”. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 (ม.ค.- เม.ย.): 21-35, 2558.
15. ทิศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร, 2548.
16. วิชัย วงษ์ใหญ่. กระบวนทัศน์ใหม่ การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 5. เอส.พี.พรินติ้ง กรุงเทพฯ, 2542.4. ศุภกร
โรจนินทร์. “มะเร็งเต้านมอย่ารอให้มีอาการ”. หมอชาวบ้าน. 29(341): 18-25, 2550.
17. อัญชลี ธรรมะวิจิตรกุล. เทคนิคการนิเทศ ระบบพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษา. <https://panchalee.wordpress.com/2009/07/28/mentoring/>. 24 ตุลาคม
2559.
18. สมศรี เพชรงามและคณะ. “ผลของโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี หมู่ที่ 2 ตำบล
ศรีสุข อำเภอลำโรงท่าบ จังหวัดสุรินทร์”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (ก.ค.-ค.ค.): 181-190, 2557.
19. สุขสรณ์ นินนธิไชย. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการตรวจ
เต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในตำบลกระซอน อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 2556.

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Development of Quality Services at Friendly Care for the Elderly by in a Diabetes Clinic, Health

Promoting Hospital Nongplungmanao Muang, Nakhonratchasima

วัชร เกษทองมา¹, ธนิตา ผาติเสนะ²

Watchara Gestongma, Tanida Phatisena

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลที่เอื้ออาทร และใช้กระบวนการจัดการอย่างมีคุณภาพ PDCA ของ Deming (2004) การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2558 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 52 คน และผู้ให้บริการในคลินิกเบาหวาน จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม แบบประเมินการให้บริการดูแลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้บริการมีการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โดยมีการแสดงความเคารพด้วยการไหว้มากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือมีความเอาใจใส่ในการให้บริการผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.71 และพูดจาสุภาพเรียบร้อย ร้อยละ 71.43 ตามลำดับ ในส่วนของความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน พบว่า ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.65) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดคือด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ =4.76) รองลงมาคือผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ =4.67) และด้านการบริการ ($\bar{X}$ =4.51) ตามลำดับ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 100

Abstract

The purpose of action research was developing service quality in friendly care for the elderly in a diabetes clinic, health promoting hospital Nongplungmanao, Muang, Nakhon Ratchasima. Development of health service system for the elderly by applying the concept of friendly care and using quality management process (PDCA), Deming (2004). Data collection is the process of 3 months (July to September 2015). Research participants were director of health promoting hospital Nongplungmanao, 52 elderly people over 70 years of age (diabetes mellitus (DM) patients) and 14 people of service providers in a diabetes clinic. Methods used to collect data included an interview form, meeting record, questionnaire of friendly care services for the elderly, environment for elderly and elderly satisfaction. For the statistical analysis of data, the percentage, mean, maximum and minimum.

The results showed that the service providers for the elderly in a diabetes clinic were Thai greeting of 100%, concentration services for the elderly of 85.71%, and speaking politely of 71.43%. The elderly satisfactions in a diabetes clinic were satisfied ($\bar{X}$ =4.65) following: place and environment was very satisfied ($\bar{X}$ =4.76), service provider ($\bar{X}$ =4.67), services ($\bar{X}$ =4.51), and the environment for elderly of 100% as well.

¹ วัชร เกษทองมา นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² รศ.ดร.ธนิตา ผาติเสนะ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกพบว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน⁽¹⁾ ในปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 62.28 โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาสายตา โรคข้อ ปัญหาฟัน โรคความดันโลหิตสูง ปัญหาการได้ยิน โรคเบาหวาน และโรคอัมพฤกษ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องเข้ารับการรักษาไปตลอดชีวิต ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง และขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

รูปแบบการบริการสุขภาพด้านสุขภาพและสังคมในปัจจุบันยังไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ มีการบริการสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ไม่เพียงพอกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การจัดการกับปัญหาอุปสรรคของการเข้าถึงในหน่วยบริการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยินที่เสื่อมสมรรถภาพลง บริการสุขภาพและกิจกรรมสุขภาพที่ทางโรงพยาบาลชุมชนจัดให้ผู้สูงอายุนั้นพบว่า มีการจัดกิจกรรมบริการผู้สูงอายุร้อยละ 75.1 ไม่มีการจัดบริการทางสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 24.9 โดยร้อยละ 66.7 ได้สนับสนุนการจัดตั้งชมรมสูงอายุขึ้น โดยมีกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ มีเพียงโรงพยาบาลเพียง 6 แห่งจัดให้มีบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกสำหรับผู้สูงอายุมีเพียง 1 โรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงจัดบริการให้ผู้สูงอายุร่วมกับผู้รับบริการอื่นๆ ทั่วไป ปัญหาของระบบบริการสุขภาพ

และเจ้าหน้าที่ในมุมมองของผู้สูงอายุและญาติ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของบุคลากร เช่น บุคลากรไม่เข้าใจผู้สูงอายุ พูดไม่ไพเราะ หน้าตาไม่ยิ้มแย้ม ให้บริการช้า รอนาน ให้ข้อมูลน้อยส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน นอกจากนี้ยังมีปัญหาในด้านสถานที่ อุปกรณ์และเครื่องมือไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจต่องานบริการผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับหนึ่ง⁽²⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวง มะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้มาใช้บริการคลินิกเบาหวาน สถิติ 3 เดือน ที่ผ่านมาโดยเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2557 มีผู้มารับบริการดังนี้ เดือนกรกฎาคม มีผู้รับบริการ 148 คน มีผู้สูงอายุมารับบริการ 93 คน คิดเป็นร้อยละ 62.83 เดือนสิงหาคม มีผู้รับบริการ 137 คน มีผู้สูงอายุมารับบริการ 88 คน คิดเป็นร้อยละ 64.23 และในเดือนกันยายน มีผู้รับบริการ 120 คน มีผู้สูงอายุ 50 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6 จากการสอบถามความคิดเห็นจากผู้สูงอายุคลินิกเบาหวาน 30 คน โดยเป็นคำถามปลายเปิด เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2557 สำหรับผู้สูงอายุ ที่แสดงความคิดเห็นต่อบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว ได้แก่ รอรับบริการเป็นเวลานาน ยังไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลที่ดีจากผู้ให้บริการ และจากการประเมินความพึงพอใจในปีงบประมาณ 2557 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว พบว่าภาพรวมผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่เมื่อได้สอบถามความคิดเห็นจากผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวานตรงข้ามกันกับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการทั้งหมด

จากปัญหาดังกล่าว พบว่าการจัดบริการยังไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน และยังไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุคลินิกเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตาม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการให้บริการผู้สูงอายุ

โดยใช้กระบวนการจัดการอย่างมีคุณภาพ PDCA ของ Deming (2004) ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาและแก้ไข ปัญหา ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองพลวงมะนาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ผู้ให้บริการมีการ ให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิก เบาหวาน ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิก เบาหวาน สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2558 โดยมีขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรในการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวง มะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 160 คน เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 21 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 52 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดย กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้สูงอายุ ดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีสติสัมปชัญญะดี ไม่เป็น โรคจิตประสาท และมีความสนใจในการตอบ แบบสอบถาม ผู้ให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของคุณภาพการ ให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดสอบถามความ ต้องการของผู้สูงอายุ ในด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้าน บริการ และด้านผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดสอบถามความคิดเห็นของ อำนาจการ ที่มีต่อการจัดบริการในคลินิกเบาหวานของ ผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพ การให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน ประกอบด้วย แบบบันทึกการประชุมกลุ่มเจ้าหน้าที่ และ ผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน ในการพัฒนา คุณภาพการให้บริการ

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการ พัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุใน คลินิกเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ของผู้รับบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน ข้อมูลทั่วไปของผู้ ให้บริการ แบบประเมินการให้บริการดูแลที่เอื้ออาทร ผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน และ แบบประเมินสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุคลินิกเบาหวาน

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบริการที่เอื้ออาทรใน คลินิกเบาหวาน โดยใช้กระบวนการ PDCAของ Deming (2004) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว และคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ โยบาย 70 ปี ไม่มีคิว แบบสัมภาษณ์ปัญหาอุปสรรคในการมาใช้บริการ และความต้องการการรับบริการของผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โดยการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ที่ใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว

ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โดยใช้กระบวนการจัดการอย่างมีคุณภาพ PDCA ของ Deming (2004) และมีการปฏิบัติตามแนวทางในการปฏิบัติ (CPG) ที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย

1. การวางแผน (Plan) มีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว และตัวแทนผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว

2. การดำเนินการตามแผน (Do) มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และดำเนินการจัดบริการตามแบบการให้บริการระบบเส้นทางสีเหลือง (Yellow line) โดยมีขั้นตอนการให้บริการดูแลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว (CPG) คือมีความเคารพผู้สูงอายุ มีการพุดจาสุภาพ เรียบร้อย และมีความเอาใจใส่ในการให้บริการผู้สูงอายุร่วมกับผู้ให้บริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว ระหว่างเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2558 ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว ซึ่งใช้ระยะเวลาจัดระบบบริการ 12 สัปดาห์

3. การตรวจสอบ (Check) หลังจากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว ครบ 12 สัปดาห์แล้วผู้วิจัย จะใช้เครื่องมือในการประเมินขั้นตอนการ

ให้บริการดูแลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว กับผู้ให้บริการในการประเมินในแต่ละจุดให้บริการ และผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน ที่มารับบริการ ด้วยแบบสัมภาษณ์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านการบริการ และด้านผู้ให้บริการ รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว

4. การปรับปรุงแก้ไข (Act) ผู้วิจัยจะจัดเวทีคือข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการ และผู้สูงอายุคลินิกเบาหวาน ได้รับทราบผลการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน และพูดคุยหาหรือผลการวิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน ในประเด็นการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ ความพึงพอใจกับระบบบริการ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในส่วนของปัญหาอุปสรรคต่อการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพ ทางผู้วิจัยจะได้มีการวางแผนและปรับปรุงการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบริการที่เอื้ออาทร

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และได้อนุมัติจริยธรรมการวิจัยเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2558 เลขที่ใบรับรอง HE-58-002

ผลการศึกษา

กระบวนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว โดยใช้กระบวนการ PDCA ของ Deming (2004) มีดังนี้

2.1 การวางแผน (Plan)

จากการสนทนากับเจ้าหน้าที่ และตัวแทนผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ ในวันที่ 1 ตุลาคม 2557 พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการรับบริการอย่างเป็นกันเอง สุภาพ เรียบร้อย และชอบการทักทาย พูดคุย กับเจ้าหน้าที่ และอยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือแนะนำการรับบริการ โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งต้องการช่วยเหลือในระหว่างการมารับบริการเนื่องจากมารับบริการเพียงลำพัง ดังนั้นผู้วิจัยได้ประชุมวางแผนกระบวนการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรวม 19 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว จำนวน 14 คน และตัวแทนผู้สูงอายุที่มารับบริการ จำนวน 5 คน ในวันที่ 15 ตุลาคม 2557 จากข้อเสนอแนะของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีต่อระบบบริการผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว จึงได้มีการประชุมวางแผนในการพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวานที่มารับบริการดังกล่าว ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่จำนวน 14 คน

2.2 การดำเนินการตามแผน (Do)

การดำเนินการตามแผนทางผู้วิจัยได้มีการดำเนินการ 2 ประเด็น ดังนี้

2.2.1 การจัดตั้งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือก่อนที่จะมีการทำวิจัย ในส่วนของสิ่งแวดล้อมนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว มีการจัดตั้งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแล้วในบางส่วน เช่น มีห้องน้ำเฉพาะของผู้สูงอายุ มีราวจับบริเวณทางเดิน มีทำเนียบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการชัดเจน มีน้ำดื่มไว้บริการอย่างเพียงพอ อาคารและสถานที่สะอาด เป็นระเบียบ และภายในอาคารมีแสงสว่างและอากาศถ่ายเทสะดวก แต่ก็ยังไม่ครบตามมาตรฐานในการจัดตั้งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทางผู้วิจัยจึงได้จัดตั้งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพิ่มเติม ประกอบไปด้วย สถานที่จอดรถของผู้สูงอายุ ป้ายบอกขั้นตอนและแนะนำจุดบริการ ที่นั่งของผู้สูงอายุที่มารับบริการ และมุม

ให้ความรู้และสร้างความเพลิดเพลินขณะรอรับบริการของผู้สูงอายุ

2.2.2 การปฏิบัติตามขั้นตอนการให้บริการดูแลที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว ตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (CPG) ดังนี้

2.2.2.1 ขึ้นบันได คือจุดแรกที่ผู้ป่วยเดินทาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว โดยจะต้องขึ้นบันไดประจำตัวประชาชนหรือสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ให้บริการได้ค้นแฟ้มครอบครัวยุติที่อยู่ที่ปรากฏในบัตร และจับบัตรคิวเพื่อรอเรียกคิวเข้ารับการรักษาต่อไป ทางผู้วิจัยจึงได้แยกตะกร้าและกล่องบัตรคิวออกมาจากผู้ป่วยทั่วไป และมีป้ายสีเหลืองบอกอย่างชัดเจน

2.2.2.2 ชักประวัติ คือจุดที่เรียกผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อมาทำการวัดสัญญาณชีพ ประกอบไปด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต รอบเอว และสอบถามเกี่ยวกับอาการสำคัญที่มารับบริการ ทางผู้วิจัยได้มีการจัดจุดชักประวัติพร้อมกับผู้ให้บริการแยกออกมาจากจุดชักประวัติของผู้ป่วยทั่วไป และมีป้ายสีเหลืองบอกอย่างชัดเจน

2.2.2.3 เจาะเลือด คือจุดที่ทำการเจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวานเพื่อระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทำการวินิจฉัย จะมีผู้ให้บริการเพียง 1 คน ทางผู้วิจัยจึงได้มีการจัดจุดเจาะเลือดพร้อมกับผู้ให้บริการแยกออกมาจากจุดเจาะเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป และมีป้าย สีเหลืองบอกอย่างชัดเจน

2.2.2.4 ตรวจรักษา คือจุดที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีทั้งหมด 2 ห้อง ทำการตรวจรักษาโดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ในจุดนี้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาในการรอตรวจนาน เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก ทางผู้วิจัยจึงได้มีการจัดห้องตรวจพร้อมกับผู้ให้บริการคือพยาบาลวิชาชีพ แยกออกมาจากห้องตรวจรักษาทั้ง 2 ห้องของผู้ป่วยทั่วไป และมีป้ายสีเหลืองบอกอย่างชัดเจน

2.2.2.5 การนัดหมายและให้คำปรึกษา คือจุดหลังจากออกมาจากห้องตรวจรักษา โดยผู้ให้บริการมีหน้าที่นัดหมายในการมารับบริการในครั้งต่อไป ให้

คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนทำการวิจัยจะมีผู้ให้บริการเพียง 1 คน ทางผู้วิจัยจึงได้มีการจัดจุดคนนัดหมายและให้คำปรึกษาพร้อมกับผู้ให้บริการ แยกออกมาจากจุดคนนัดหมายและให้คำปรึกษาของผู้ป่วยทั่วไป และมีป้ายสีเหลืองบอกอย่างชัดเจนในส่วนของผู้คนจากการเพิ่มผู้ให้บริการอีก 1 คน ทำให้ช่วยลดภาระของผู้ให้บริการที่จุดคนนัดหมายและให้คำปรึกษา เพราะผู้รับบริการออกมาจากห้องตรวจทุกคนต้องมาที่จุดนี้เพื่อมารับคำปรึกษาในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และนัดหมายในการรักษาครั้งต่อไป ทำให้ลดระยะเวลาในการให้บริการจุดนี้ได้รวดเร็วขึ้น

2.2.2.6 รัชชา คือจุดสุดท้ายของการมารับบริการ โดยผู้ให้บริการมีหน้าที่ตรวจเช็ครายการยา ปริณาสลากยา ใบสั่งยา จากโปรแกรมสารสนเทศ (HOSxP PCU) และจ่ายยาให้กับผู้ที่มารับบริการ ก่อนทำการวิจัยจะมีปัญหาคือมีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงเครื่องเดียวที่ใช้ในการปริณาสลากยาและใบสั่งยา ทำให้ใช้เวลานานในการให้บริการในจุดนี้ ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว จัดซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์เพิ่มเติมอีกหนึ่งเครื่อง เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการรอรับบริการในจุดนี้ และเพื่อใช้แยกในการปริณาสลากยาและใบสั่งยาสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน ในวันที่มีการให้บริการคลินิกเบาหวาน

2.3 การตรวจสอบ (Check)

หลังจากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว ครบ 12 สัปดาห์แล้วผู้วิจัย ได้ใช้เครื่องมือในการประเมินแผนการปฏิบัติการการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาวกับเจ้าหน้าที่จำนวน 14 คน ในการประเมินการให้บริการในแต่ละจุดให้บริการ จำนวน 6 จุดบริการ และผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน ที่มารับบริการ จำนวน 52 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านการบริการ และด้านผู้

ให้บริการ รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุคลินิกเบาหวาน

2.4 การปรับปรุงแก้ไข (Act)

ผู้วิจัยได้จัดเวทีคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการ จำนวน 14 คน ผู้สูงอายุคลินิกเบาหวาน กลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 52 คน ได้รับทราบผลการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว แล้วได้พูดคุยหาข้อจากผลการวิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน ว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ ส่วนความพึงพอใจกับระบบบริการที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่มีความพึงพอใจมากที่สุด และมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในส่วนของปัญหาอุปสรรคต่อการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพ เช่น การมารับบริการในแต่ละวันมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้มีผู้ให้บริการไม่เพียงพอกับผู้มารับบริการในบางวัน และผู้ให้บริการไม่เพียงพอในบางวันเนื่องจากผู้ให้บริการติดงานประชุม ดังนั้นจึงมีการวางแผนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาวต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พอสรุปและอภิปรายได้ดังนี้

1. ผู้ให้บริการมีการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โดยมีการแสดงความเคารพด้วยการไหว้มากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือมีความเอาใจใส่ในการให้บริการผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.71 และพูดจาสุภาพเรียบร้อย ร้อยละ 71.43 ตามลำดับ เนื่องจากทางผู้วิจัยได้ทำการประชุมชี้แจง และขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามขั้นตอนการให้บริการดูแลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว ตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (CPG) คือแสดงความเคารพด้วยการไหว้ พูดยกย่องหรือชมเชย และมีความเอาใจใส่ในการให้บริการก่อนการท้าวิจัยและมีการประชุมชี้แจงผลการประเมินผลการให้บริการดูแลที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว ให้กับผู้ที่ให้บริการทราบ โดยผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของดวงพร หุ่นตระกูล (2550)⁽³⁾ ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เป็นผู้สูงอายุที่ยึดหลักของสังคมวัฒนธรรมไทยจึงคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะมีพฤติกรรมที่นุ่มนวลเคารพในผู้สูงอายุได้แก่ การแสดงความเคารพด้วยการไหว้ ทักทายใช้คำพูด ที่แสดงความเคารพ การทักทายดูัญชาติมิตร การแสดงความกระตือรือร้นที่จะให้บริการ

2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน พบว่า ผู้มารับบริการ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากในการจัดบริการคลินิกเบาหวานก่อนการท้าวิจัย มีการให้บริการร่วมกับคลินิกทั่วไป ทำให้มีผู้ที่มารับบริการจำนวนมาก ผู้สูงอายุที่มารับบริการจึงรอรับบริการเป็นเวลานาน และไม่ได้ได้รับความสะดวกสบาย ในการมารับบริการ ดังนั้น เมื่อมีการแยกการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ส่งผลให้ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิณพัทธ์ จันทวลี (2557)⁽⁴⁾ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิริษะละเลิง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับวิจัยของมิ่งขวัญ อุดมผล (2553)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดการบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการจัดบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุตามสถานการณ์บริการสุขภาพ มีการจัดบริการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่สอดคล้องความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับสูง

3. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พบว่า มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมินสถานที่และสิ่งแวดล้อม ให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาวทราบ และขอความร่วมมือในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มา รับบริการคลินิกเบาหวาน ได้พบเจอสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น และเหมาะสมกับผู้สูงอายุในการมารับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงพร หุ่นตระกูล (2550)⁽³⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าสิ่งแวดล้อมของศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดอาคารสถานที่เน้นความปลอดภัย และความสะอาดของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับวิจัยของมิ่งขวัญ อุดมผล (2553)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดการบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เข้าถึงง่าย สะอาดและปลอดภัยสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มผู้ให้บริการให้เพียงพอกับผู้มารับบริการ เนื่องจากผู้ให้บริการในบางจุดบริการมีจำนวนไม่เพียงพอ เช่น จุดซักประวัติ จุดเจาะเลือด จุดตรวจ และจุดจ่ายยา
2. ควรมีการจัดกิจกรรมในคลินิกบริการสุขภาพอื่นๆ ในเรื่องของการให้บริการที่เอื้ออาทร และนโยบาย 70 ปี ไม่มีคิว
3. ควรมีการวิจัยประเมินผลเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นประสบการณ์ทางวิชาการที่มีคุณค่าสำหรับผู้วิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง ขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอบพระคุณ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่ สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. [n.p.]. **Toward Age – friendly primary Health Care**. [serial online] 6 April 2004, Available from: http://www.who.int/hrp/aging/af_report.pdf.
2. อัมพร เจริญชัย และคณะ. (2547). รายงานวิจัยเรื่อง สถานการณ์การให้บริการของรัฐและเอกชนที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสุขภาพผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
3. ดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ. (2550). การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. พิณพัทธ์ จันทวลี. (2557). ความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศีรษะละเลิง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
5. มิ่งขวัญ อุดมผล. (2553). การประยุกต์ใช้แนวคิดการบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

แนวทางการใช้ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

Functioning data based on the International Classification of Functioning, Disability and Health

(ICF) classification system: Community-based Rehabilitation

รสสุคนธ์ แก้วป๋องปอก¹ วิชดา กิจจรธรรม² ทวี เชื้อสุวรรณทวี³

Rossukon Kawepongpok¹ Wichuda Kijthorntham² Tavee Cheausuwantavee³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ เขตตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) คนพิการจำนวน 153 คน 2) กลุ่มผู้นำในชุมชน จำนวน 7 คน 3) แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) การสังเกต

ผลการศึกษาพบว่า บริบท สภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตำบลนาบัวเป็นชุมชนชนที่มีวัฒนธรรมประเพณีสืบทอดมายังรุ่นปัจจุบัน เช่น ประเพณีเลี้ยงปู่(เลี้ยงผีปู่) ประเพณีปักธงวันสงกรานต์ และวัฒนธรรมการลงแรง การร่วมแรงหรือเอาแรงแทนกันภายในชุมชนไม่ได้เสียค่าใช้จ่าย ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นมีรูปแบบการดำเนินการเชิงการแพทย์และแบบสงเคราะห์เป็นส่วนใหญ่ เริ่มมีการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน(Community-Base Rehabilitation : CBR) ดำเนินการแก้ปัญหาเชิงประเด็นตามบริบท เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ผู้สูงอายุ ครอบครัวคนพิการและชุมชน จากการประเมินแบบข้อมูลสมรรถนะคนพิการ(International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) พบว่า ข้อมูลจากการประเมินความต้องการตามสมรรถนะของลักษณะความพิการด้านการมองเห็น(b210.1-b210.4) คิดเป็นร้อยละ 74.23 ในจำนวนนี้มีผู้ต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยในการมองเห็น เช่น แวนตา หรือไม้เท้าตาบอด ฯลฯ (e1201.4) คิดเป็นร้อยละ 19.61 , ด้านการได้ยิน(d310.1-d310.4) คิดเป็นร้อยละ 44.6 ต้องการเครื่องช่วยฟัง คิดเป็นร้อยละ 13.73 , ด้านการเดิน(d450.1-d450.4) คิดเป็นร้อยละ 53.59 ต้องการปรับสภาพบ้าน คิดเป็นร้อยละ 17.6 สิ่งที่ต้องการปรับปรุงเป็นห้องน้ำ ร้อยละ 22.9 และทางลาด ร้อยละ 3.9 คนพิการต้องการได้รับการศึกษา ร้อยละ 2.6 แยกเป็นระดับที่ประถมศึกษา ร้อยละ 2.0 และต้องการฝึกอาชีพ ช่างยนต์ ร้อยละ 0.7 อุปสรรคของความพิการที่มีต่อความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 47.7 สาเหตุของการไม่ได้ออกไปทำงานมากที่สุดคือ งานไม่เหมาะสมกับความพิการ ร้อยละ 13.7 และต้องการมีคนพาไป ร้อยละ 14.4 ต้องการฝึกอาชีพใหม่ ร้อยละ 15.0 นั้น ส่วนขาดการพัฒนาศักยภาพของคนพิการคือ การมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของคนพิการของชุมชน การปรับสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาอุปสรรค การสร้างอาชีพ รายได้ สิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ เพื่อนำใช้ในวางแผนการแก้ไขสภาพปัญหา การติดตามและการประเมินผล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตคนพิการดีขึ้น ดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของมนุษย์

คำสำคัญ : ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ, คนพิการ , การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

Abstract

This research aimed to study the context of community, condition and problems of persons with disabilities on community-based rehabilitation. The study was done at Nabua Sub-district, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province. Samples, recruited by purposive sampling, consisted of: 154 persons with disabilities as key informants, 7 community leaders and 2 elderly leaders. Structured Interview and Semi-Structured interview were used for data collection.

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญานิพนธ์ระดับคุณวุฒิปริญญาตรี สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹ นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อีเมล : rossukon21@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจำสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อีเมล: kijthorntham@hotmail.com

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำวิทยาลัยราชสุตา มหาวิทยาลัยมหิดล อีเมล: tavee126@hotmail.com

The results revealed that community members in Nabua Sub-district still strictly follow community traditions such as the worship of their ancestors' spirit (Lieng Phee Poo), parade of flags on Thai Traditional New Year (Pakthong Wan Songkran) and Long Lang, an activity when community members participated in performing one activity with same intention and no wages. Most of the disability rehabilitation procedures were based on medical model and welfare (or charity) model. Community-Based Rehabilitation (CBR) had been adopted by encouraging community members to solve problems using resources available in their community, to encourage participation of community members and to empower health volunteers, the elderly and families of persons with disabilities in the community. Problems and needs of persons with disabilities were identified using International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), and it was found that: Among all samples, 74.23% were persons with visual impairment at level b210.1-b210.4 and 19.61% of them need eye-glasses and assistive devices such as white canes (e1201.4). 44.6% of the samples were persons with hearing impairment at level d310.1-d310.4 and 13.73% of them need hearing aids. 53.59% of the samples were persons with mobility impairment at level d450.1-d450.4. The needs of this group varied. 17.6% need house modification; 22.9% need accessible and usable toilets and 3.9% need ramps. 2.6% of the samples who have disabilities want to have education. 2.0% want to have primary education and 0.7% want to have vocational training to be mechanics. 47.7% said that their disabilities were main obstacles to work. When asked why they do not work, they reasons given included: no jobs that match their physical conditions (13.7%), no one to take them to the workplaces (14.4%) and want to have new skills training (15.0%). Community should take more active role in capacity development of persons with disabilities by making accessible environment, creating jobs, promoting employment of persons with disabilities and promoting awareness on the rights of persons with disabilities in order to improve quality of life of persons with disabilities in the community so that they can live their lives with dignity and can enjoy their rights on an equal basis.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) , Community-Base Rehabilitation (CBR), Persons with Disabilities(PWDs)

บทนำ

“คนพิการ” ประชากรที่ถูกกระแสแห่งโลกบีบคั้นให้มีภาพลักษณ์จากของผู้เปราะบาง อ่อนแอไร้พลัง ต้องพึ่งพิงอาศัยผู้อื่นอยู่เสมอ ความจริงคนพิการจำนวนมากมิใช่น้อยยังมีพลังอำนาจแห่งตน สามารถพึ่งพาตนเองสร้างรายได้และร่วมพัฒนาประเทศชาติ แต่ปัญหาของคนพิการอยู่ที่การไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการ อุปสรรคของการเข้าถึงบริการสาธารณะจากภาครัฐ การมีส่วนร่วมกับชุมชน การมีปัญหาลักษณะสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตและการพัฒนาศักยภาพของคนพิการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จากสถานการณ์ข้อมูลสถิติคนพิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2555 ผลการสำรวจประชากรประเทศไทยพบคนพิการประมาณ 1.5 ล้านคนหรือเกือบร้อยละ 2.2 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.4 ⁽¹⁾ เพราะผู้สูงอายุเกิดความเสื่อมสภาพตามวัยของร่างกาย เช่นปัญหาสายตาเสื่อมและพรั่นว การได้ยินและการได้ยินลดลงปัญหาการทรงตัว เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและนำไปสู่ความพิการ และจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2558

พบว่า คนพิการทั้งหมด 1,740,816 คน ประเภทคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด 857,655 คน ประเภทคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 299,837 คน ประเภทคนพิการทางการเห็น 188,105 คน ⁽²⁾ จากการรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในไทยประจำปีเดือน 31 ธันวาคม 2558 สาเหตุความพิการคือ แพทย์ไม่ระบุสาเหตุความพิการ,ภาวะความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ ในภายหลัง(ความดันโลหิตสูง/ หลอดเลือดหัวใจตีบ/ข้อสันหลังอักเสบ/โรคติดเชื้อ/เบาหวาน/ลมชัก),พิการแต่กำเนิด อุบัติเหตุ, มากกว่า 1 สาเหตุ กรรมพันธุ์ (ร้อยละ 31.48, 31.03 ,19.22, 14.14, 3.63, 0.50 ตามลำดับ) ⁽³⁾ สอดคล้องปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.0 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.8 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 1.7 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.9 ⁽⁴⁾ ฉะนั้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ส่งผลให้คนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสังคมไทย

นโยบายเพื่อคนพิการเริ่มปรากฏชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540 ได้เริ่มมีหลักประกันสิทธิของคนพิการไม่ให้เลือกปฏิบัติโดยไม่

ขอบธรรมกำหนดให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐตามกฎหมาย ได้ลงนามในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ ในปี ค.ศ.2006 “(The United Nation Convention on the Right of with Disabilities: CRPD)” ว่าด้วยการเคารพศักดิ์ศรี การมีเสรีภาพและการมีอิสระ การไม่เลือกปฏิบัติ การมีส่วนร่วม การเคารพความแตกต่าง มีความเสมอภาคและการเข้าถึงโดยรัฐดำเนินการและสนับสนุนให้เท่าเทียมเพื่อให้คนพิการสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองใช้ความสามารถด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอาชีพอย่างเต็มที่และได้ตราพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตั้งแต่พ.ศ.2550“ ว่าด้วยการไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการมีสิทธิเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและใช้ประโยชน์ดังนี้การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์การศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและเพิ่มเติมในปีใน 2556 ในด้านการเข้าถึงและใช้ประโยชน์สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐ⁽⁵⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน(Community-Based Rehabilitation: CBR) แนวคิดขององค์การอนามัยโลก(World Health Organization: WHO) ร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) และองค์การศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO) นำมาใช้เป็นยุทธศาสตร์ของการพัฒนาชุมชนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ลดความยากจนมิได้มุ่งเน้นการบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวแต่ส่งเสริมด้านการศึกษา ทางสังคมและทางอาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมการเชื่อมร้อยสังคมในการบูรณาการทุกภาคส่วน โดยการเสริมพลังอำนาจของคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตโดยอิสระในสังคมและอยู่ร่วมกับสังคมได้ในทุกมิติดำรงชีวิตในสังคมที่ โดยใช้แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Care) เป็นตัวขับเคลื่อนการทำงาน เพื่องานต่อการสร้างความเข้าใจ สามารถเข้าถึงได้ง่าย คนพิการสามารถพึ่งตนเองและใช้ศักยภาพที่มีอย่างเต็มขีด

ความสามารถ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมิได้มีเพียงทางด้านการแพทย์ (Medical Model) ที่ว่าความพิการมาภาวะของการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่มีมุมมองด้านเชิงสังคม(Social Model) ซึ่ง CBR ประกอบ 1) ด้านการแพทย์ (Medical) เป็นแบบองค์รวม “ มองคนเป็นคน ”ที่มีสิทธิ ศักดิ์ศรีเท่าเทียม 2)ด้านการศึกษา (Educational) การจัดการศึกษาตามความต้องการและเหมาะสมสภาพความพิการ เน้นการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลทั่วไป และการเรียนรู้ตลอดชีวิต 3)ด้านสังคม (Social) การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อคนพิการ การพึ่งพาตนเอง ขจัดอุปสรรคของการมีส่วนร่วมร่วมกับสังคม 4) ด้านอาชีพ (Vocational) สร้างและพัฒนาศักยภาพที่มีให้สามารถประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ 5) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) สร้างพลังและโอกาสในการข้ามก้าวอุปสรรคจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และการจัดตั้งกลุ่มคนพิการเพื่อเสริมพลัง การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน(CBR)นั้น จำเป็นต้องมีฐานข้อมูลมรณะของคนพิการที่สามารถบ่งบอกถึงสภาพปัญหา ความต้องการอย่างรอบด้าน เพื่อนำไปวางแผนการตอบสนองความต้องการให้ตรงปัญหาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้คนพิการในชุมชน⁽⁶⁻⁷⁾

ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ(International
Classification of Functioning, Disability and
Health : ICF) เป็นเครื่องมือ

ที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาในปี พ.ศ. 2554 เพื่อทำให้ใช้ในการสำรวจและประเมินความพิการที่สามารถสื่อสารกันได้ทั่วโลก เพราะปัจจุบันมีการประเมินความพิการหลากหลายรูปแบบส่งผลให้ข้อมูลคนพิการมีความเหลื่อมล้ำกันไม่เป็นข้อมูลที่แท้จริง สำหรับประเทศไทยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติกรมการแพทย์ ดำเนินการพัฒนาและจัดทำคู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส (ICF) คือ บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ แบ่งเป็น 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและความพิการ การทำงานของร่างกาย(body function)และโครงสร้างของร่างกาย (body structures) กิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity

and participation) 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม(environment factors) ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) ให้เหมาะสมกับการใช้งานด้านความพิการในประเทศไทย เพื่อประโยชน์และเป็นเครื่องมือทางสถิติ ด้านการวิจัย ด้านการบำบัดรักษา ด้านการวางแผนนโยบายทางสังคม และด้านการศึกษา ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูล ประสานและเชื่อมโยงข้อมูลได้ในระดับประเทศ ทำให้การบริหารจัดการในระบบสุขภาพ ด้านความพิการ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข . 2555) นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาและปรับใช้แบบสอบถามข้อมูลสมรรถนะคนพิการเพื่อหาความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เช่น ลักษณะความพิการ การดูแลตัวเอง ลักษณะการเคลื่อนที่ในและนอกบ้าน (รวมความต้องการปรับสภาพบ้าน), ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ เช่น ความสามารถและความต้องการทำงาน, ด้านสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และสิทธิประโยชน์ที่ท่านได้รับ โดย พญ.ศิรินาถ ตงศิริเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลในจังหวัดนครพนม จังหวัดมหาสารคาม แบบสอบถามข้อมูลสมรรถนะคนพิการ(ICF) เป็นการประเมินความยากลำบากตัวเลขหลังจุดทศนิยมบ่งบอกระดับความรุนแรง เรียกว่า ตัวกำหนดคุณภาพ (qualifier) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ เช่นการรับประทานอาหารd550.0 หมายถึง รับประทานอาหารเองได้, d550.1 หมายถึง รับประทานอาหารเองได้แต่มีญาติช่วยเล็กน้อย, d550.2 หมายถึง ดักข้าวพอได้ แต่จะหกถ้าญาติไม่ช่วย หรือ ญาติต้องคอยออกคำสั่งให้ทำ, d550.3 หมายถึง ญาติเตรียมข้าวเป็นคำๆไว้ให้ คนพิการแค่ดักเข้าปาก, d550.4 หมายถึง ทำไม่ได้เลย ญาติต้องป้อน, d550.9 หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง (ต้องให้อาหารทางสายยาง)

จากผลการศึกษาพบว่า สามารถตอบสนองต่อการพัฒนาสมรรถนะและความต้องการ เรื่องของอุปกรณ์กายภาพบำบัด สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽⁸⁻⁹⁾

ดังนั้นการศึกษาริบท สภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการ จากการนำใช้ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการ(ICF)ไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBR) นั้น เริ่มจากการพัฒนาศักยภาพ

ของอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการบริการเชิงการแพทย์ โดยฝึกปฏิบัติการกายภาพบำบัดกับคนพิการตามสภาพปัญหาเช่น คนพิการเดินเองไม่ได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นเข้าไปกายภาพบำบัด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL)เพิ่มขึ้น หรือพบว่าต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยและต้องมีคนพุง ประเมินและสำรวจ ต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยด้านการเดิน เช่น รถสามล้อโยก ไม่เท้า รถเข็นวีลแชร์หรือไม่ เพราะคนพิการบางท่านไม่ต้อง CBRนั้นมีได้เน้นกายภาพบำบัดเท่านั้น แต่เน้นศักดิ์ศรี ความเท่าเทียมของคนพิการที่สามารถปฏิเสธการช่วยเหลือ เมื่อไม่ต้องการ ดังนั้นทำให้สามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะต้องแก้ไขได้ตรงกับความต้องการ หรือสมรรถนะที่เป็นปัญหา ทำให้ง่ายต่อการดำเนินการเพื่อประโยชน์สูงสุดของคนพิการ เพราะฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการจะบ่งบอกสมรรถนะตามระดับความสามารถและความต้องการด้านลักษณะความพิการ การดูแลตนเองตามระดับความสามารถ ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ความสามารถหรือความถนัดเพื่อประกอบอาชีพ การศึกษา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สิทธิประโยชน์ และบริบทชุมชนจะสะท้อนวิถีชุมชน ทูทางสังคม ฉะนั้นการนำฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการ(ICF) มาเป็นแนวทางในการวางแผนการแก้ปัญหา แผนการพัฒนา ติดตามและประเมินผลของคนพิการ ส่งผลให้คนพิการสามารถพึ่งพาตนเอง มีส่วนร่วมในการพัฒนากับชุมชน สร้างอาชีพ รายได้ และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของมนุษย์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาริบท สภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยใช้พื้นที่ในชุมชน/หมู่บ้าน เขต ต.นาบัว อ.นครไทย จ.พิษณุโลก ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2559-มีนาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่วิจัยครั้งนี้ คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ เขตตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พื้นที่รับผิดชอบ 15 หมู่บ้าน ในปีงบประมาณ 2560 มีคนพิการทุกประเภท 167 คน เป็นเพศชาย 102 คน เพศหญิง 65 คน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลนี้ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) คนพิการจำนวน 154 คน 2) กลุ่มผู้นำในชุมชน จำนวน 7 คน 3) แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน

คนพิการมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้ คือ คนพิการ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่คำนึงสิทธิมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเภทผู้พิการ (ท.74 โดยมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังต่อไปนี้ คือ คนพิการประเภทจิตใจ สติปัญญา ออทิสติก คนพิการมีความยากลำบากต่อร่างกาย จิตใจ ไม่สะดวกในการตอบคำถามใดๆ สามารถไม่ตอบคำถามและสามารถออกจากกรวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาไม่ต้องแจ้งผู้วิจัยล่วงหน้า

การใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Base Rehabilitation: CBR) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านการแพทย์ (Medical) 2) ด้านการศึกษา (Educational) 3) ด้านสังคม (Social) 4) ด้านอาชีพ (Vocational) 5) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ร่วมกับการนำฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการ (International Classification of Functioning, Disability and Health :ICF) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) พัฒนารหัสเพื่อสามารถบ่งบอกคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพและสังคม โดยคำนึงถึงสถานะสุขภาพที่เกิดจากโครงสร้างและระบบการทำงานของร่างกาย สืบเนื่องมาจากการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัญหาส่วนบุคคลอื่นๆ เพื่อนำมาประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างเหมาะสมต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) เป็นการประเมินความยากลำบากในการทำกิจกรรมกิจวัตรประจำวันของคนพิการตามข้อมูล

สมรรถนะคนพิการ (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) เป็นเครื่องมือที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาในปี พ.ศ. 2554 แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาโดย ศิรินาถ คงศิริ (2556) ⁽¹⁰⁾ เพื่อประเมินสมรรถนะคนพิการ (ICF) ประกอบด้วยคำถาม 8 ตอน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพก่อนและหลังพิการ โรคประจำตัวคนพิการ ภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ลักษณะความพิการ ลักษณะคำถามเกี่ยวข้องกับ การ การแต่งตัว ดังนี้ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร(รับ)ข้อความโดยไม่ใช้ภาษาพูด การพูด การสร้างข้อความที่ไม่ใช้ภาษาพูด การเดิน และความจำเป็นการประเมินความยากลำบากตัวเลขหลังจุดทศนิยมบ่งบอกระดับความรุนแรง เรียกว่า ตัวกำหนดคุณภาพ (qualifier) การสร้างข้อความที่ไม่ใช้ภาษาพูด โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังตัวอย่าง d450.0 หมายถึง เดินได้เหมือนคนปกติ , d450.1 หมายถึง เดินได้เอง ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ แต่เดินในท่าไม่ปกติ , d450.2 หมายถึง เดินได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย แต่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ , d450.3 หมายถึง เดินได้เอง ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ และต้องมีคนช่วยพยุง , d450.4 หมายถึง เดินเองไม่ได้เลย

ส่วนที่ 3 การดูแลตัวเอง ลักษณะคำถามเกี่ยวข้องกับ การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การจัดการการขับถ่ายปัสสาวะ การจัดการการขับถ่ายอุจจาระ การดูแลเกี่ยวกับประจำเดือน การประเมินความยากลำบากตัวเลขหลังจุดทศนิยมบ่งบอกระดับความรุนแรง เรียกว่า ตัวกำหนดคุณภาพ (qualifier) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ เช่นการรับประทานอาหาร d550.0 หมายถึง รับประทานอาหารเองได้ , d550.1 หมายถึง รับประทานอาหารเองได้แต่มีญาติช่วยเล็กน้อย , d550.2 หมายถึง ดักข้าวพอได้ แต่จะหกถ้าญาติไม่ช่วย หรือ ญาติต้องคอยออกคำสั่งให้ทำ , d550.3 หมายถึง ญาติเตรียมข้าวเป็นคำๆไว้ให้ คนพิการแค่ตักเข้าปาก , d550.4 หมายถึง ทำไม่ได้เลย ญาติต้องป้อน

ส่วนที่ 4 ลักษณะการเคลื่อนที่ในและนอกบ้าน (รวมความต้องการปรับสภาพบ้าน) ลักษณะคำถามเกี่ยวข้องกับ ลูกขึ้นยืนจากท่านั่งของๆ ลูกขึ้นยืนจากท่านั่ง

บนเก้าอี้/เตียง การเคลื่อนที่ในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได การเคลื่อนที่นอกบ้านโดยใช้อุปกรณ์ช่วย ความต้องการอุปกรณ์ในการดูแลตนเอง การความต้องการปรับสภาพบ้าน การประเมินความยากลำบากตัวเลขหลังจุดทศนิยม บ่งบอกระดับความรุนแรง เรียกว่า ตัวกำหนดคุณภาพ (qualifier) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ เช่น การเคลื่อนที่ในบ้าน d460.0 หมายถึง เคลื่อนที่ได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย , d460.4 หมายถึง ทำไม่ได้เลย นอนติดเตียง

ส่วนที่ 5 การศึกษา ลักษณะคำถามเกี่ยวข้องกับ อุปสรรคทำให้เรียนหนังสือได้หรือไม่ ความต้องการรับการศึกษา ความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถไปเรียนหนังสือได้

ส่วนที่ 6 การทำงาน ลักษณะคำถามเกี่ยวข้องกับ ความถนัดหรือความเชี่ยวชาญ ความต้องการเพื่อให้สามารถออกไปทำงานได้

ส่วนที่ 7 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ลักษณะคำถามเกี่ยวข้องกับ การเป็นสมาชิกองค์กรในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา สถานที่ที่ต้องการไป และความต้องเพื่อให้สามารถออกไปร่วมกิจกรรมได้

ส่วนที่ 8 สิทธิประโยชน์ที่ท่านได้รับ ลักษณะคำถามเกี่ยวข้องกับ การได้รับจดทะเบียนคนพิการ เบี้ยคนพิการ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การจ้างงานจากโศกนาฏคนพิการ

2) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Semi-Structure Interview)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอข้อมูลโดยใช้ตัวเลขและกราฟ

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาอ่านและจับประเด็นสำคัญ ทำการลงรหัสข้อมูลแบบอุปนัย (Inductive coding) ที่ไม่มีการตั้งรหัสไว้ล่วงหน้าแต่ทำการลงรหัสเมื่อพบประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอธิบาย เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย นำเสนอผลการวิจัยในลักษณะของการบรรยายเชิงพรรณนา ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บ

ข้อมูล ทำการตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) (Denizen & Lincoln, 1994; สุกงศ์ จันทวานิช, 2556) ได้แก่ ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulations) คือ มีการตรวจสอบแหล่งของข้อมูลที่หลากหลาย พิจารณาในการตรวจสอบ ได้แก่ แหล่งเวลา หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ แหล่งสถานที่ หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกัน แหล่งบุคคล หมายถึง ถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลยังคงเหมือนเดิมหรือไม่ มีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulations) โดยเปลี่ยนผู้เก็บข้อมูลหลายคน และมีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการ (Methodological triangulations) เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีที่ต่างกันแต่ได้ผลเหมือนกัน คือ ใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารอื่นด้วย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจริยธรรมในการวิจัย โดยมีการลงนามยินยอมให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร และก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงสาระสำคัญสำหรับการเก็บข้อมูลวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล และพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยการใช้นามสมมติในการนำเสนอข้อมูล พบจากการศึกษา

ผลการศึกษา

1. บริบทตำบลนาบัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บริบทตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เป็นชุมชนดั้งเดิม ปรากฏหลักฐานการตั้งเป็นชุมชน เมื่อ พ.ศ. 2131 โดยมีผู้นำชุมชนคนแรกชื่อ “นายคง” และได้รับการจัดตั้งเป็นตำบล เมื่อ พ.ศ. 2466 โดยมีขุนนางบริบาล (สาธิต สุขรัง) เป็นผู้นำ การเรียกนาบัว สืบเนื่องมาจากเรื่องเล่าขานต่อกันว่าชุมชนแห่งนี้มีในพื้นที่ที่เป็นนาข้าวในช่วงฤดูทำนาเมื่อปักดำนาแล้วจะมีดอกบัวพุดขึ้นพร้อมกอข้าวชาวบ้านเรียกว่า “บัวพุด” มีลักษณะเป็นกอบัวเล็กๆ ใบสีเขียว ดอกสีม่วงจะบานสะพรั่งคล้ายเป็นนาบัว(ปัจจุบันยังมีให้เห็นในแปลงนาของ หมู่ที่ 3, 8 มีเนื้อที่ประมาณ 210 ตารางกิโลเมตร อยู่ห่างจากตัวอำเภอนครไทย ประมาณ 11 กิโลเมตร อยู่ห่างจากตัวจังหวัดพิษณุโลก ประมาณ 110 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบป่าและภูเขา โดยมีพื้นที่ใช้งานเพื่อการเกษตร

ประมาณ 34.43 ตารางกิโลเมตร ที่เหลือเป็นป่าไม้ ภูเขา แหล่งน้ำ มีทรัพยากรธรรมชาติแวดล้อม, มีต้นน้ำลำน้ำตอน มีแหล่งน้ำทางธรรมชาติ, อาชีพหลัก ทำนา ทำไร่ รองลงมาคือ อาชีพเลี้ยงสัตว์ อาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย รับราชการ/พนักงานราชการและ หางของป่าขาย ตามลำดับ แบ่งเขตการปกครอง เป็น 15 หมู่บ้าน

ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมที่ถ่ายทอดมาจากรุ่นปัจจุบันเช่น เลี้ยงผีปู่ ปักธงวันสงกรานต์ การแห่ต้นผึ้ง แห่ต้นขาง การทำบายศรีสู่ขวัญ เป็นต้น มีวิถีชีวิตความผูกพันกับธรรมชาติ คือ “ประเพณีขึ้นเขาปักธงวันสงกรานต์เพื่อบอกว่าชุมชนจะอยู่เย็นเป็นสุขภายใต้คนในชุมชน จะมีศีล มีธรรม” ประเพณีเลี้ยงปู่(เลี้ยงผีปู่)ที่ปักปัก รักษาคุ้มครองให้ลูกหลานอยู่ดีกินดีเป็น ผีปู่เดียวกันถือว่าเป็นญาติเดียวกัน “คนนาบว้นับถือพ่อปู่ (ผีปู่) กันทุกหมู่บ้าน นับถือความเชื่อ ส่วนมากการทะเลาะเบาะแว้งไม่ค่อยรุนแรงอะไร เป็นญาติกันหรือญาติกันดูแลกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “ มันช่วยให้เรารู้สึกว่าเป็นญาติเป็นพี่เป็นน้อง ความสัมพันธ์มันดีขึ้นค่ะ ถึงแม้มันจะห่าง รุ่นลูกรุ่นหลาน ไม่ทราบข้อมูลที่แน่ชัดเราก็สามารถบอกลูกหลานได้ว่าเราเป็นเครือญาติเดียวกันนะ แต่แตกแขนงแตกหน่อมา ก็ต้องช่วยกันเหมือนมีความผูกพันอยู่ในความรู้สึกของเราว่า เราไปไหนก็เหมือนเราไปเจอกับญาติพี่น้องเราทั้งนั้นเลย ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) สิ่งเหล่านี้เป็นความเชื่อและประเพณีที่คนเชื่อถือและสามารถผูกโยงให้คนอยู่ร่วมกันอย่างราบรื่น การไหว้ผีปู่จึงเป็นกิจกรรมทางสังคมทำให้คนอยู่ในศีลธรรม จะเห็นความเชื่อมโยงกันระหว่างความสัมพันธ์ทางสังคมของคน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแบ่งตามระยะเวลาการพัฒนา รายละเอียดต่อไปนี้

ช่วงปี 2538 – 2552 การฟื้นฟูสมรรถภาพมีการดำเนินการในรูปแบบการสงเคราะห์ โดยให้แต่ละหมู่บ้าน ค้นหา คนทุกข์ คนยาก (ยังไม่ใช้คำว่าคนพิการแต่อย่างใด) มาหมู่บ้านละ 1 -2 คน ผ่านเวทีการประชุมของหมู่บ้าน และการพิจารณาความต้องการที่จำเป็นอันดับ 1 แล้วนำเสนอในระดับตำบลร่วมกันระดมทุนและทรัพยากรในการดำเนินการ เช่น การจัดสร้างบ้านให้อยู่อาศัยจากการร่วมลงแรง หรือเอาแสงกันภายในชุมชน ไม่ได้เสียค่าใช้จ่าย นำผู้ยากไร้คนพิการไปทำทะเบียน

บ้านและบัตรประชาชน “คนใบ้ คนพิการในสมัยก่อนไม่มีงบผู้พิการช่วยอยู่กับเมีย เป็นอัมพาต คือเข้าไปดูบ้านกันแล้วก็ ออมนั่งคุยกันในเวทีผู้นำ บ้านร้องกรอกเสนอว่าแย่ที่สุด ต้องให้การช่วยเหลือ ผู้นำทั้งหมดก็ลงไปดูแล้วก็วางแผนทำเรื่องบ้าน เรื่องที่อยู่อาศัย เพราะมีปัญหาเรื่องการขั้วถ่าย ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) “เป็นการช่วยเหลือกันโดยทั้งมีการวางแผนและไม่วางแผนล่วงหน้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) “ นาบว้เราคิดให้แค่ข้าวสุก ค่าแรงเราอาศัยพี่น้องในหมู่บ้านเราช่วยกันทำ นี่ก็เป็นการลงแรง เป็นความรักใคร่กันในกลุ่ม ให้ชาวบ้านผู้ใหญ่บ้านช่วยกันครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) จะพบว่าส่วนใหญ่จะช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน ทอง ข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เป็นต้น ส่วนทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเน้น การรักษาโรคเป็นหลัก ส่วนด้านการฟื้นฟูเป็นการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ทั่วไป ป้องกันแผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นหลักเท่านั้น

ช่วงปี 2552 – 2553 การฟื้นฟูสมรรถภาพมีการดำเนินการในรูปแบบด้านการแพทย์และการสงเคราะห์ สงเคราะห์ ลักษณะเป็นการเยี่ยมบ้านให้การดูแลรักษา เช่น การทำแผลกดทับที่บ้านและการป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อน การไปเยี่ยมให้คำแนะนำ การเยี่ยมกายภาพเบื้องต้นป้องกันข้อยึดติด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีพบปัญหาจะประสานงาน CUP และรายงานแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ในขณะนั้นเริ่มมีนักกายภาพมาปฏิบัติการของโรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่สามารถออกมาให้บริการกายภาพบำบัดในชุมชนเน้นการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการเป็นหลัก เริ่มมีการประสานการเยี่ยมผู้มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวเนื่องจากอุบัติเหตุต้นไม้ล้มทับจำนวน 1 ราย การเยี่ยมบ้านจึงเป็นไปตามสภาพปัญหาทางกาย เช่น แขน ขาอ่อนแรง การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น หลังจากนั้นมีการเรียนรู้ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ความรู้ด้านช่างไม้ ความรู้ด้านการจักสาน มาทำอุปกรณ์กายภาพบำบัดทดแทนอุปกรณ์ที่มีราคาแพง หาได้ยาก ขาดแคลน เช่น การदानหัดยืน ราวจับหัดเดิน รอกไม้เพื่อบริหารไหล่ ไม้หนีบถ้วยบริหารนิ้ว เป็นต้น เพื่อช่วยในเหยียด ยืดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ แต่ละหมู่บ้าน ภายใต้ความ

ร่วมมือของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลนาบัว ทีมนักกายภาพ วิทยาลัยพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทยและทีม วิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว(สถานีอนามัย เดิม)

ช่วงปี 2554 – 2556 ในช่วงปลายปี 2553 เกิด ปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงจาก 4 รายเพิ่มเป็น 10 ราย เกิด การปรับเปลี่ยนระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เนื่องจากถ้ายังเยี่ยมบ้านเพียงป้องกันข้อยึดติด ทำแผลกดทับ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ คนพิการทางการเคลื่อนไหว ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อประเมิน ADL คะแนน 0-4 กลุ่มติดเตียง รวบรวมหรือร่วมกับทีมสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เริ่มการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวคนพิการหรือทุพพล ภาพ โดยการให้ฝึกเยี่ยมบ้านเน้น การกายภาพบำบัด เบื้องต้นในกลุ่มคนพิการจากทีมนักกายภาพบำบัดและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามประเมินทุก 1 เดือน โดยกลุ่ม ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมดูแลเยี่ยมให้กำลังใจคนพิการ คนคอย โอกาสและผู้สูงอายุ เป็นการเสริมพลังจากกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลด้านทรัพยากรและ ทุนทางสังคม ใช้แนวคิดการดูแลตนเองและครอบครัว เกิด การเรียนรู้ร่วมระหว่างทีมนักกายภาพบำบัดและ อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว ส่งผลให้เกิดการ ฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีกระบวนการกายภาพบำบัดลงสู่ ครอบครัวชุมชนครอบคลุม 10 หมู่บ้าน “ ส่วนอบต.ก็ดูแล รับผิดชอบและจ่ายเบี้ยยังชีพของผู้พิการ ผู้สูงอายุไป แต่ ในส่วนของอสม.หรือว่าผู้นำเค้าก็ดูแลช่วยกันมาตั้งแต่ยังไม่ มีรัฐบาลไม่ได้ให้เบี้ย เราก็ดูแลกันมาเรื่อยๆ ในหมู่บ้าน นะ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

ช่วงปี 2556 – 2558 เริ่มปรับกระบวนการการ ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ระยะแรกเป็นที่ เน้นการพัฒนาศักยภาพคนพิการ ครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลนาบัว โดยการฝึกปฏิบัติการการฟื้นฟูสมรรถภาพเน้นเยี่ยมแบบ กายภาพบำบัดในกลุ่มคนพิการที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยการประเมิน ADL สัปดาห์ละ 1 ครั้งและบันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมิน ผลลัพธ์หลังการไปฟื้นฟูสมรรถภาพแบบกายภาพบำบัด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุยังคงไปเยี่ยมให้กำลังใจ ซึ่งการบริการ

หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบนี้ ตามความหมายของ ประเภทของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ-รูปแบบทาง การแพทย์บริการและรูปแบบการสงเคราะห์ เท่านั้น เช่น การขึ้นทะเบียน ตรวจสุขภาพ เยี่ยมบ้านตามสภาพปัญหา ด้านสุขภาพและกายภาพบำบัด อุปกรณ์กายภาพบำบัด เช่น รถเข็นวีลแชร์ ไม้เท้า เป็นต้น ส่วนองค์การบริหาร ส่วนตำบลจ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการ ผู้สูงอายุและพิการ การ สร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และ สร้างความเข้าใจขยายครอบคลุมทั้งตำบลนาบัว 15 หมู่บ้าน ดังนั้นการนำฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการมา ใช้จึงเป็นเข็มทิศในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเป็นฐาน สร้างโอกาส จัดอุปสรรค พัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการอย่างต่อเนื่อง

2. สภาพและปัญหาของของคนพิการในการฟื้นฟู สมรรถภาพของคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการ เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.5 และเพศ หญิงร้อยละ 42.5 มีสถานภาพสมรส แล้ว ร้อยละ 53.70 หม้ายร้อยละ 30.56 และเป็นโสด ร้อย ละ 8.33 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ร้อยละ 89.54 ไม่ได้ รับการศึกษา 10.46 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักก่อน พิการ เกษตรกรรม ร้อยละ 72.5 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19.6 อื่นๆ ร้อยละ 7.8 และไม่เคยประกอบอาชีพ ร้อยละ 5.9 ประกอบอาชีพหลักหลังก่อนพิการ เกษตรกรรม ร้อยละ 35.9 อื่นๆ ร้อยละ 25.5 รับจ้างทั่วไปร้อยละ 13.7 และไม่ เคยประกอบอาชีพ ร้อยละ 22.2 โรคประจำตัวของคน พิการส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อย 62.7 ไม่มีโรค ประจำตัว 32.0 มีสมาชิกอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ส่วนใหญ่ เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 57.5 บุตรร้อยละ 50.3 อื่นๆ เช่น หลาน ร้อยละ 40.5 ผู้ดูแลหลักของคนพิการ ส่วนใหญ่ เป็น สามี/ ภรรยา ร้อยละ 41.8 รองลงมาเป็นบุตรร้อยละ 34.6 และอื่นๆ เช่น หลานร้อยละ 11.8 กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดเป็นคนพิการ ผลการศึกษาสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังต่อไปนี้

2.2 ลักษณะความพิการ ความต้องการจาก ฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการโดยการประเมินบุคคลใน ที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมจากความยากลำบาก ในการทำกิจกรรม สภาพปัญหาของคนพิการทั้งหมดจาก ลักษณะความพิการรุนแรงระดับ 4 พบว่า การเดิน (d450)

มีจำนวนมากที่สุด 13 คน ร้อยละ 8.5 แบ่งเป็นระดับ (ระดับ 0) เดินได้เหมือนคนปกติ จำนวน 71 คน ร้อยละ 46.4 (ระดับ 1) เดินได้เองไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ จำนวน 39 คน ร้อยละ 25.5 (ระดับ 2) เดินได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วยฯ จำนวน 23 คน ร้อยละ 15.0 (ระดับ 3) เดินได้ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ จำนวน 7 คน ร้อยละ 4.6 , รองลงมาเป็นพิการด้านการมองเห็น (b210) (ระดับ 4) ตาบอดสนิทจำนวน 8 คน ร้อยละ 5.2 (ระดับ 0) มองเห็นเห็นชัดเจนดี จำนวน 76 คน ร้อยละ 49.7 (ระดับ1) มองเห็นเลือนรางเล็กน้อย อ่านหนังสือได้ จำนวน 29 คน ร้อยละ 19 (ระดับ2) มองเห็นเลือนรางปานกลาง อ่านหนังสือได้ จำนวน 27 คน ร้อยละ 17.6 (ระดับ 3) มองเห็นเลือนรางมาก มองไม่รู้ว่าใคร จำนวน 13 คน ร้อยละ 44.16 , และลำดับสุดท้ายเป็นความพิการด้านความจำ (b140) (ระดับ 4)ไม่ได้เลย จำนวน 6 คน ร้อยละ 3.9, (ระดับ0) จำได้ดี บอกของสามอย่างได้ฯ จำนวน 105 คน ร้อยละ 68.7 (ระดับ2) จำพอได้แต่ต้องมีคนคอยย้ำบ่อยๆ จำนวน 40 คน ร้อยละ 26.1

(รายละเอียดคั้งแผนภูมิที่ 1)

2.3 การดูแลตัวเอง พบว่า การทำความสะอาดร่างกายตนเอง(d510)มีปัญหามากที่สุด (ระดับ4) จำนวน 4 คนร้อยละ 2.60 แบ่งเป็นระดับสามารถอาบน้ำเองได้ไม่ต้องมีใครช่วย (ระดับ 0) จำนวน 135คน ร้อยละ 88.2 สามารถอาบน้ำเองได้ ญาติช่วยดู (ระดับ 1) อาบน้ำเองได้แต่ญาติต้องช่วยทำฯ (ระดับ2) จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.6 สามารถทำความสะอาดตนเองเกือบไม่ได้ ๑(ระดับ3) จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.0 และการแต่งตัว (d540) ญาติทำให้ทั้งหมด ดูแลตนเองไม่ได้เลย (ระดับ4) จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.6 สามารถใส่เสื้อผ้าเองได้ (ระดับ 0) จำนวน 138 คน ร้อยละ 90.2 สามารถใส่เสื้อผ้าเองได้ ญาติแนะนำ (ระดับ1) จำนวน 7 คน ร้อยละ 4.6 สามารถใส่เสื้อผ้าเองได้ ญาติช่วยมาฯ (ระดับ2) จำนวน 1คน ร้อยละ 0.7 ญาติช่วยทำเกือบทั้งหมด คนพิการช่วยบางส่วน (ร้อยละ 3) จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.

2.4 ลักษณะการเคลื่อนที่ในและนอกบ้าน
พบว่า ลูกขึ้นยืนจากท่านั่งของฯ (d4101) ทำไม่ได้ ต้องให้ญาติช่วยทั้งหมดมากที่สุด (ระดับ4) จำนวน 19 คน ร้อยละ 12.4 สามารถลุกขึ้นได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย (ระดับ 0)

จำนวน 87 คน ร้อยละ 56.9 ลุกขึ้นได้เอง แต่ต้องมีที่ให้จับ ๑ (ระดับ 1) จำนวน 34 คน ร้อยละ 22.2 ลุกขึ้นได้เอง มีที่ให้จับ ญาติไม่ต้องช่วย (ระดับ 2) จำนวน 9 คน ร้อยละ 5.9 ลุกขึ้นได้เอง มีที่ให้จับ ญาติช่วยเล็กน้อย (ระดับ 2) จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.6 , การเคลื่อนที่นอกบ้านโดยใช้อุปกรณ์ช่วย (d5302) ทำไม่ได้เลย (ระดับ4) จำนวน 12 คน ร้อยละ 7.8 ออกไปได้เองไม่ต้องมีคนช่วย(ระดับ 0)จำนวน 127 ร้อยละ 83.0 ออกไปได้แต่ต้องให้ญาติช่วย หรือ ให้ญาติไปด้วย จำนวน 14 คน ร้อยละ 9.2 และลุกขึ้นยืนจากท่านั่งบนเก้าอี้ /เตียง (d4103) ทำไม่ได้เลย ต้องให้ญาติช่วยทั้งหมด จำนวน 10 คน ร้อยละ 6.5 ลุกขึ้นได้เอง มีที่ให้จับ ญาติไม่ต้องช่วย (ระดับ 2)จำนวน 6 คน ร้อยละ 3.9 ลุกขึ้นได้เอง แต่ต้องมีที่ให้จับ ๑ จำนวน 22 คน ร้อยละ 14.4 (รายละเอียดคั้งแผนภูมิที่ 3)

2.5 ด้านการศึกษา ความพิการเป็นอุปสรรคด้านการศึกษา ร้อยละ 37.3 คนพิการต้องการได้รับการศึกษา ร้อยละ 2.6 ระดับที่อยากเข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 2.0 และต้องการฝึกอาชีพ ช่วงยนต์ ร้อยละ 0.7 สิ่งที่ต้องการเพื่อให้สามารถเข้ารับการศึกษได้แก่ การเดินทางไปโรงเรียน ร้อยละ 2.0 ต้องการปรับสภาพแวดล้อมในโรงเรียน ร้อยละ 2.0 และจัดหาที่เรียน หรือ การอบรมด้านช่วงยนต์

2.6 ด้านการทำงาน คนพิการส่วนใหญ่มีความถนัดด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 40.5 , ด้านทักทอ จักสาน ร้อยละ 16.3 , ด้านการทำอาหาร ร้อยละ 11.8 , ด้านอิเล็กทรอนิกส์และอุตสาหกรรม ร้อยละ 3.9 และด้านคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 1.3 ช่วงอายุโดยเฉลี่ยส่วนใหญ่ 64 – 65 ปี อยู่ในวัยผู้สูงอายุระดับต้น ซึ่งยังมีศักยภาพในการทำงาน ประกอบอาชีพได้ และคนพิการวัยแรงงาน อายุ 20 – 60 ปี มีร้อยละ 46.47 อุปสรรคของความพิการที่มีต่อความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 47.7 สาเหตุของการไม่ได้ออกไปทำงานมากที่สุดคือ งานไม่เหมาะสมกับความพิการ ร้อยละ 13.7 และต้องการมีคนพาไป ร้อยละ 14.4 ต้องการฝึกอาชีพใหม่ ร้อยละ 15.0

2.7 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม คนพิการส่วนใหญ่เป็นสมาชิกองค์กรในชุมชน ร้อยละ 84.3 ไม่ได้เป็นสมาชิกองค์กรในชุมชน ร้อยละ 11.8 เนื่องจาก

ต้องการคนพาไป ร้อยละ 25.5 สถานที่ที่ต้องการไปมากที่สุด คือ ระดับ 1 คือ วัด ร้อยละ 31.40 ,ระดับ 2 คือ โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 19.50 ,ระดับ 3 คือ ตลาดนัด/ ตลาดสดร้อยละ 17.20 และร้อยละ 5.84 ต้องการไปสถานที่อื่นๆ ได้แก่ ศาลาประชาคม ไปทะเล ไปคอกสุเทพ ไปเที่ยวอุทยานแห่งชาติ ไปเที่ยวป่าเขาไปเที่ยวต่างจังหวัด ไปตลาดนัด เป็นต้น สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการทำให้ไม่สามารถออกจากบ้านได้ คนพิการต้องการคนพาไป ร้อยละ 25.50

2.8 สิทธิประโยชน์ที่ท่านได้รับ คนพิการส่วนใหญ่ได้รับสิทธิการจดทะเบียนคนพิการ ร้อยละ 94.8 ไม่ได้จดทะเบียนร้อยละ 3.3 จดทะเบียนได้รับเบี้ยคนพิการร้อยละ 94.8 และไม่ได้รับเบี้ยคนพิการร้อยละ 2.6 คนพิการที่ได้รับเบี้ยคนพิการแต่ผู้สูงอายุรับเบี้ยสูงอายुर้อยละ 69.9 ไม่ได้รับ ร้อยละ 16.3 เนื่องจากอยู่ระหว่างดำเนินการ ฯ และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 90.8 และไม่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 3.3 สิทธิประกันสังคม 1.29 ได้รับการฝึกอาชีพร้อยละ 30.7 แต่ได้รับการจ้างงาน 1.29 คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ร้อยละ 45.8 ไม่ได้รับร้อยละ 37.9

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแนวทางการใช้ฐานข้อมูลมรณะคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานดังกล่าวนี้ ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ (ICF) พบว่า บริบท สภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน(CBR) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาตำบลนาบัว มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพมีการดำเนินการในรูปแบบเชิงการแพทย์และแบบการสงเคราะห์ และเริ่มปรับกระบวนการการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานระยะแรก ใช้กระบวนการงานสาธารณสุขมูลฐาน(Primary health care)ในการพัฒนาศักยภาพคนพิการ ครอบครัวชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลตนเอง ฟังตนเอง ตลอดจนการร่วมแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน พบว่า มีการค้นหา คนทุกข์ คนยาก แล้วนำมาพูดคุยร่วมกันผ่านการพิจารณาระดับหมู่บ้านและตำบล ระดมทุนและทรัพยากรในการจัดสร้างบ้านจากการร่วมลงแรง หรือเอาแรงกันภายในชุมชนไม่ได้เสีย

ค่าใช้จ่าย ด้านองค์การบริหารส่วนตำบลนาบัวดำเนินการรับขึ้นทะเบียนและมอบเบี้ยพิการ เบี้ยผู้สูงอายุให้ตามกฎหมาย มีการมอบสิ่งของจำเป็นในการดำรงชีพกรณียากไร้ ไม่มีคนดูแล ส่วนด้านสาธารณสุขมีการสำรวจความพิการ จัดหาและอำนวยความสะดวกในการขึ้นทะเบียน ตรวจสุขภาพ เชื่อมบ้านตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพ และนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ร่วมกับองค์ความรู้ของนักกายภาพกับการผลิตอุปกรณ์ หรือปรับปรุงคุณภาพของอุปกรณ์กายภาพบำบัดให้สามารถใช้ทดแทนอุปกรณ์กายภาพบำบัดที่มีราคาแพง กระตุ้นสร้างมุมมองเชิงบวกของชุมชนที่มีต่อคนพิการ ในทางสร้างสรรค์ มีคุณค่า สามารถพัฒนาและพึ่งพาตนเองได้ เพียงแต่สังคมให้โอกาส ขจัดอุปสรรคจากสภาพแวดล้อม ในการเข้าถึงบริการสาธารณะเช่น วัด โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตลาดนัด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

สภาพปัญหาและความต้องการคนพิการเป็นที่ทราบกัน แต่ปัญหายังคงอยู่ เนื่องจากการดำเนินการไม่ได้สนองตอบความต้องการของปัญหา ข้อมูลมากจากมุมมองของผู้คนในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่นๆ แต่ไม่มีการนำข้อมูลหรือข้อมูลสมรรถนะคนพิการ (ICF) ที่สามารถบ่งบอกสมรรถนะตามระดับความสามารถ และความต้องการด้านลักษณะความพิการ การดูแลตนเองตามระดับความสามารถ ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ความสามารถหรือความถนัดเพื่อประกอบอาชีพ การศึกษา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สิทธิประโยชน์ ส่งผลให้คนพิการมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตในการดำรงชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพการศึกษาตลอดชีวิต การมีส่วนร่วมกับชุมชน สร้างรายได้จากการประกอบอาชีพ การช่วยเหลือกันของคนพิการอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี^(7,10-12)

แนวทางการนำข้อมูลคนพิการไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ข้อมูลคนพิการที่ได้สามารถนำมาใช้ระบุความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามลักษณะความพิการ

ด้านการมองเห็น(b210.1-b210.4) จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 74.23 ในจำนวนนี้มีผู้ที่ต้องการอุปกรณ์

เครื่องช่วยในการมองเห็น เช่น แว่นตา หรือไม้เท้าตาบอด ฯลฯ (e1201.4) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 19.61 , การได้ยิน(d310.1-d310.4)จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 ต้องการเครื่องช่วยฟัง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 13.73 , การเดิน(d450.1-d450.4) จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 53.59 ต้องการปรับสภาพบ้าน (คน) 27 หลัง คิดเป็นร้อยละ 17.6 สิ่งที่ต้องการปรับปรุง เป็นห้องน้ำ ร้อยละ 22.9 และทางลาด ร้อยละ 3.9 คนพิการต้องการได้รับการศึกษา ร้อยละ 2.6 ระดับที่ประถมศึกษา ร้อยละ 2.0 และต้องการฝึกอาชีพ ช่างยนต์ ร้อยละ 0.7 อุปสรรคของความพิการที่มีต่อความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 47.7 สาเหตุของการไม่ได้ออกไปทำงานมากที่สุด คือ งานไม่เหมาะสมกับความพิการ ร้อยละ 13.7 และต้องการมีคนพาไป ร้อยละ 14.4 ต้องการฝึกอาชีพใหม่ ร้อยละ 15.0

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลต่อทีมองค์การบริหารส่วนตำบลและทีมสุขภาพตำบลนาบัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว เพื่อร่วมกันวางแผนพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กลุ่มคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวก่อน เพราะมีจำนวนมากที่สุด และมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนิน โดยนำข้อมูลสมรรถนะคนพิการ(ICF) ความยากลำบากตัวเลขวหลังจุดทศนิยมบ่งบอกระดับความรุนแรง จากเดิมคนพิการเดินได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย แต่ต้องใช้ไม้เท้าพุง (d450.2) ออกนอกนอกบ้านไม่ได้ (d465.2)เมื่อมีการปรับสภาพพื้นบ้านและทางเดินต่างระดับ ผลการประเมิน ICF หลังจะเปลี่ยนเป็นคนพิการเดินได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย แต่ต้องใช้ไม้เท้าพุง (d450.2) สามารถออกนอกบ้านเองโดยไม่ต้องมีคนช่วย(d465.0) อีกทั้งเป็นข้อมูลสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบล นำไปเป็นฐานข้อมูลในการช่วยเหลือ ปรับปรุงที่อยู่อาศัยจากงบประมาณได้ สิ่งสะท้อนในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เปิดตัวตนของคนพิการที่ต้องพยายามต่อสู้กับข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีการเปลี่ยนแปลงไป สภาพจิตใจของคนพิการที่ต้องการคนรอบข้างมาสนับสนุน ให้กำลังใจให้การสงสารเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้คนพิการมีพลังในการฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนาศักยภาพ แม้มีข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรค แต่การมีส่วนร่วมของ

ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐร่วมมือในการแก้ไขปัญหา เป็นสิ่งดีในการดำเนินงาน ภายใต้สิ่งที่คนพิการต้องการและเลือก คนพิการก้าวข้ามความยากลำบากไปสู่การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ศักดิ์ศรีในสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถนำมาวางแผนในการวางแผนการแก้ไขปัญา แผนการพัฒนา ติดตามและประเมินผลของคนพิการอย่างเป็นระบบ สะดวกในการงานฟื้นฟูสมรรถคนพิการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากการนำฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการ (ICF) มาขับเคลื่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานบูรณาการร่วมกับการนำบริบทชุมชนมาใช้ในการดำเนินงาน

2. คนพิการ ครอบครัวคนพิการ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนได้รับความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สามารถลดข้อจำกัดของการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มสมรรถนะและศักยภาพของคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ส่งเสริม สนับสนุนให้้องค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดอุปสรรคจากสภาพแวดล้อม จัดบริการสาธารณะให้เข้าถึงบริการส่งเสริมและพัฒนาขีดความสามารถคนพิการในการประกอบอาชีพ และการจ้างงานคนพิการในตำบล

4. ส่งเสริมการนำเงินทุนทางสังคมของบริบทชุมชนมาร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดย นำผลจากการสะท้อนประสบการณ์ระหว่างผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในมุมมองของแต่ละบุคคลจากอดีต ภาพของอนาคตที่ต้องการ ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงเชิงแนวคิดทางสังคม การจัดการทรัพยากร การจัดการคนและการแสวงหาความร่วมมือบนพื้นฐาน วัฒนธรรมหรือบริบทของชุมชนอย่างมีศักดิ์ศรี และคุณค่าอย่างเท่าเทียมกัน

5. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวด้วยวัฒนธรรมการลงแรงของชุมชนเป็นฐาน โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์ เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาศักยภาพ สามารถเข้ามามีส่วนร่วม

กิจกรรมของชุมชน อย่างเท่าเทียม เสมอภาค และมีศักดิ์ศรี
ของความเป็มนมนุษย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจ
ธรรม รองศาสตราจารย์ ดร.ทวี เชื้อสุวรรณทวี ที่
กรุณา เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบช่วยแก้ไข
ข้อบกพร่องในงานวิจัยจนสำเร็จได้ด้วยดี จนสำเร็จ
สมบูรณ์ ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. ศิรินาถ
ตงศิริ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาการใช้

เครื่องและวิทยาการในการอบรมการใช้แบบสอบถามเพื่อ
เก็บข้อมูลสมรรถนะคนพิการ ขอบคุณ คุณสุวรรณา เมือง
พระฝางและทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลนาบัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนา
คล้อในอำนวยความสะดวกในด้านกระบวนการต่างๆ
รวมทั้งกลุ่มผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลนาบัว
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขอบคุณกลุ่ม
คนพิการ ครอบครัวคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่เป็นผู้ให้
ข้อมูลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555. URL https://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-5-4.html. สืบค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2559 .
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ. รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้าน
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาคและเพศ ตั้งแต่วันที่ พฤศจิกายน พ.ศ. 2537ถึง 31 ธันวาคม 2558 . URL https://www.m-society.go.th/article_attach/16009/19104.pdf. สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค.2560.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สารสุขภาพ Health Fact Sheet. 8(24) : หน้า1, 2558.
5. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ URL http://nep.go.th/th/disability-statistic_2556 สืบค้น 29 พ.ย. 2557
6. อัญมณี บุณยานนท์ ;วีระชัย วีระนันทะชาติและคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในประเทศไทย(CBR). สำนักส่งเสริมศักยภาพและสิทธิ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติและคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กทมฯ, 2552.
7. ทวี เชื้อสุวรรณทวี และคณะ. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมกับชุมชนพุทธมณฑล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. 2549.
8. นริสา วงศ์พนารักษ์, ศิรินาถ ตงศิริและคณะ. แนวทางการดูแลคนพิการในชุมชน ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 7 ขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.57,หน้า131, 2557.
9. นริสา วงศ์พนารักษ์, ศิรินาถ ตงศิริ. การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. URL <https://thailand.digitaljournals.org/index.php/KKPHR/article/view/24890>. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2559.
10. ศิรินาถ ตงศิริ. แนวทางการนำฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 7(1) ม.ค.- มี.ค 2556, : หน้า 99 -112, 2556.
11. รัชณี สรรเสริญและคณะ. รายงานการศึกษา เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. เทพฯ : แผนงานสร้างเสริมคนพิการ. 2555
12. Anne Good. Using the ICF in Ireland. URL <https://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S4/S5>. Retrived September 11 2016.

กระบวนการพัฒนาศูนย์โรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

Asthma Clinic Development Dontan Hospital Mukdahan province

สิทธิมาศ วงศ์สุรเกียรติ¹

Sittimat wongsurakiat

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบท และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด 2) เพื่อพัฒนาศูนย์การพัฒนาศูนย์โรคหืด และ 3) เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาศูนย์โรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหืดที่อายุมากกว่า 15 ปี ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลดอนตาลเป็นเวลา อย่างน้อย 18 เดือน จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม (group process) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบประเมิน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ F – test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ไอ แน่นหน้าอก หายใจเสียงดังวี๊ด มักเป็นเวลากลางคืน มีประวัติครอบครัว มีอาการหลังออกกำลังกาย ผลตรวจร่างกาย หลังพ่นยา ค่า PEFr เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 20% ค่า FVC ค่า FEV1 และค่า PD20 ต่ำกว่าเกณฑ์ สภาพปัญหาในการบริหารจัดการพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ผู้ให้บริการขาดทักษะ และการประสานงาน การทำงานเป็นทีม ระบบบริการไม่มีรูปแบบคลินิกที่เป็นรูปธรรม 2) ผลการพัฒนากระบวนการดำเนินงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย การคัดกรอง การส่งต่อ การให้บริการรักษา และการติดตามประเมินผล มีแนวทางในการให้บริการผู้ป่วย ได้แก่ แนวทางการวินิจฉัย การตรวจร่างกาย แนวทางการรักษา และแนวทางการดูแลที่บ้าน ส่งผลให้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืดของบุคลากรอยู่ในระดับมาก 3) ผู้ป่วยทั้ง 105 ราย ได้รับการดูแลตามแนวทางที่เหมาะสม ความพึงพอใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของญาติหรือผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืดในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนาศูนย์โรคหืด

Abstract

This research was action research aimed to 1) studied context and problematic of asthma patient care 2) studied Asthma clinic development and 3) studied effect of Asthma clinic development Dontan Hospital Mukdahan province. Sample size were 105 asthma patient over 15 years continued treatment at asthma clinic Don Tan Hospital for at least 18 months. Research tools were group process , in-depth interview , focus group discussion evaluation form and questionnaire. Data analyzed by content analysis percentile , mean , standard deviation and F-test.

The results of the study were as follows 1) Risk factors that affect Asthma had statistically significant at the .05 level namely coughing, breathing, loudness usually at night , have family history , symptoms after exercise , physical examination after spraying PEFr increased by less than 20% FVC, FEV1 and PD20 lower criterion. Problems in system management finding most of patient lack of knowledge in self-care , service provider lack of skills and coordinating , teamwork, service system no format concrete clinic 2) Result of Asthma clinic development Dontan Hospital Mukdahan province include Screening, referring , treatment services and monitoring. Provide guidelines for patient services namely diagnosis guidelines physical examination treatment guidelines and home health care guidelines. Resulting in guideline understanding and Asthma care plan in clinic of staff were much level. 3) 105 Asthma patient get care for appropriate approach. Total satisfaction of relatives or patients to guideline and care at Asthma Clinic were very much level

Keyword : Asthma Clinic Development

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย^(1,2) และประเทศต่างๆทั่วโลก⁽³⁾ WHO ประเมินการว่ามีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกถึง 150 ล้านคน และในประเทศไทย ความชุกในผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 3-7^(1,4) และในเด็กประมาณร้อยละ 10-15^(5,6) ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการรักษาซึ่งกำหนดโดย WHO ร่วมกับ Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) กำหนดเป็น Global Initiative for Asthma (GINA)⁽³⁾ มาใช้ และสมาคมออร์เวซซ์ ร่วมกับสมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา และชมรมโรคหืดจะได้้นำแนวทางของ GINA มากำหนดเป็นแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537⁽⁷⁾ และปรับปรุงเมื่อปี พ.ศ. 2540⁽⁸⁾ และพ.ศ. 2547⁽⁹⁾ โดยแนวทางดังกล่าวเน้นการใช้ยาพ่นที่มีสเตียรอยด์เพื่อระงับการอักเสบของหลอดลมเป็นหลัก และใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นเพื่อการบรรเทาอาการ และมีขั้นตอนการรักษา คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การจำแนกความรุนแรงของโรค การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ การจัดการรักษา ทั้งในระยะ Acute และ Chronic และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม แต่จากการสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทย⁽¹⁰⁾ กลับพบว่าการควบคุมโรคหืดต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นอย่างมาก โดยพบผู้ป่วยร้อยละ 14.8 มีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 21.7 มาห้องฉุกเฉินในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา ผู้ป่วยโรคหืดมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าคนปกติ โดยปัญหาความล้มเหลวดังกล่าว พบเช่นเดียวกับในอเมริกา⁽¹¹⁾ และยุโรป⁽¹²⁾ โดยพบปัจจัยที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ตั้งแต่แพทย์ให้ความสนใจโรคหืดน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจกับอาการหอบที่ตนเองอยู่⁽¹⁰⁾ และแนวทางการรักษาเปลี่ยนเป็นการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ (Inhaled corticosteroid : ICS) เป็นหลัก แต่แพทย์เปลี่ยนแนวคิดตามไม่ทัน แนวทางการรักษาอยู่ยากซับซ้อน ตลอดจนแพทย์ไม่มีเวลาให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ จนขาดการสื่อสารและประเมินติดตามผล และสอนการพ่นยาให้ถูกวิธี

จากการศึกษาผลการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิง (Deming cycle: PDCA) ซึ่งเป็นกระบวนการการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยอาศัยการวางแผนการจัดการ การเป็นผู้นำและการควบคุมทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยส่วนใหญ่จะทำตามกระบวนการของวงจรคุณภาพเดมมิง ซึ่งวงจรจะไม่ได้หยุดหรือจบลงเมื่อหมุนครบรอบแต่วงจรคุณภาพเดมมิง จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหาในระดับที่สูงขึ้น ซับซ้อนขึ้นและยากขึ้น หรือเป็นการเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด⁽¹³⁾ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) และการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ทำให้งานไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนที่วางไว้ (Act)⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการหมุนวงล้อเดมมิงอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การบริหารงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีส่วนสำคัญจะนำมาซึ่งสุขภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องและเกิดผลดีต่อผู้ใช้บริการ⁽¹⁵⁾ เพราะเมื่อบุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วยแล้ว จะลดการต่อต้านรวมทั้งช่วยลดความขัดแย้งและความเครียดจากการทำงาน ทำให้บุคคลได้ร่วมกันพิจารณาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดความมุ่งมั่นในการสร้างความสำเร็จให้กับองค์กร รู้ลึกฝังพอใจในผลงาน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและผูกพันกับองค์กร ผลลัพธ์สุดท้ายคือโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนั้นบุคลากรทุกคนควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ตลอดจนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และทำให้เป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป⁽¹⁶⁾

จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ในปี 2554 - 2557 มีอัตราป่วย 72.3, 97.3 และ 59.3 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽¹⁷⁾ อำเภอดอนตาล ปี 2554-2557 พบผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาล 124, 185 และ

218 คน คิดเป็น 170.4, 246.0 และ 276.22 ต่อแสนประชากร⁽¹⁸⁾

โรงพยาบาลคอนตาล มีการดำเนินงานในการติดตามการดูแลต่อเนื่องในการส่งต่อข้อมูลแก่คลินิกโรคหอบหืดของโรงพยาบาล แต่พบว่ายังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัดยังไม่ครอบคลุม กล่าวคือเมื่อมีปัญหาผู้ป่วยขาดนัด ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง หรืออาการของโรคกำเริบ มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินนอกเวลาราชการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่ได้ส่งต่อข้อมูลไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนในเวลาราชการ พบว่างานคลินิกโรคหอบหืดเปิดให้บริการทุกวันพุธ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไม่ได้มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัด และไม่มีการประสานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องกับศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล ส่งผลให้ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่สามารถติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหอบหืดได้ครอบคลุม ผู้ป่วยบางรายควบคุมโรคได้ไม่ดี และกระตุ้นให้โรคหอบหืดกำเริบ จากปรากฏการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาสถานการณ์และการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหอบหืดของโรงพยาบาลคอนตาล โดยการนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้าน เพื่อจัดบริการให้การดูแลต่อเนื่อง ที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนของทีมผู้ให้บริการ ได้แก่การจัดการข้อมูล การประสานงาน การส่งต่อ การติดตามผู้ป่วยขาดนัด มีการเชื่อมต่อบริการระหว่างหน่วยบริการ การบันทึกข้อมูล การวางแผนการดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหอบหืด ให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง โดยมีความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังภาวะอันตรายและตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลต่อเนื่องยังเป็นการติดตามผลการรักษาหรือติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดตลอดจนติดตามประเมินผลการเยี่ยมบ้านครั้งก่อน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหอบหืด สามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อพัฒนาระบบการพัฒนาศูนย์โรคหืด โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาศูนย์โรคหืด โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดและทฤษฎี กระบวนการวงจรคุณภาพ (PDCA) คือ การวางแผน (Plan) การดำเนินงานตามแผน (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุงแก้ไข (Act) ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 – กันยายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ 3) ผู้ป่วยที่มารับบริการระหว่าง ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 – กันยายน 2560

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการเลือกเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเลือกเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน ผู้ป่วยโรคหืดที่อายุมากกว่า 15 ปี ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลคอนตาลเป็นเวลาอย่างน้อย 18 เดือนโดยการเลือกเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการพัฒนาระบบการพัฒนาศูนย์โรคหืด โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผน (planning) ได้แก่ การวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา การทบทวนแนวปฏิบัติ และการวางแผนการดูแลรักษา

ขั้นตอนที่ 2: ปฏิบัติตามแผน (action) ได้แก่ การนำแนวปฏิบัติและแผนการดูแลรักษา สู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3: ประเมินผล (Check) ได้แก่ การประเมินติดตามผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษา

ขั้นตอนที่ 4 : การปรับปรุงแก้ไขและการสะท้อนผล (Act) ได้แก่ การศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและนำไปสู่การปรับปรุง แนวปฏิบัติและวางแผนการดูแลรักษา

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท คือ

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงาน ประเด็นคำถามประกอบด้วย บริบทในการดำเนินงาน สภาพปัญหาในการดำเนินงาน กระบวนการพัฒนาการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และรูปแบบในการดำเนินงาน

2) ทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร โดยการนำผลการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาของการดำเนินการจัดทำรูปแบบการพัฒนา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) แบบฟอร์มเอกสารของ easy asthma clinic

ส่วน Appendix I และ II

Appendix I เป็นส่วนข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ-สกุล อายุ อายุที่เริ่มเป็นโรคหืด ระยะเวลาการรักษา ยาที่ได้รับ การสูบบุหรี่

Appendix II แบบประเมินการควบคุมอาการของโรคหืด (Asthma control questionnaires) โดยถามความถี่ของการเกิดหืดในช่วงกลางวันและกลางคืน ความถี่ในการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น การมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหืดเฉียบพลัน การนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหืดเฉียบพลัน ผลข้างเคียงของการใช้ยา ICS และการวัด PEF

2) แบบสอบถามความเข้าใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย พื้นที่อาศัย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้าใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืด เป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ คือ 5 , 4 , 3 , 2 และ 1 ⁽¹⁹⁾ โดยผู้วิจัยได้กำหนดช่วงกว้างระหว่างระดับเท่ากับ 0.80 Best, John W. (1981) ⁽²⁰⁾ ดังนี้ กลุ่มมีการมีความเข้าใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 4.21 – 5.00 กลุ่มมีการมีความเข้าใจมาก ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 3.41 – 4.20 กลุ่มมีการมีความเข้าใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 2.61 – 3.40 กลุ่มมีการมีความเข้าใจน้อย ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 1.81 – 2.60 กลุ่มมีการมีความเข้าใจน้อยที่สุดค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80

3) แบบสอบถามความพึงพอใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของญาติหรือผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย พื้นที่อาศัย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของญาติหรือผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอล เป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ คือ 5 , 4 , 3 , 2 และ 1 ⁽¹⁹⁾ โดยผู้วิจัยได้กำหนดช่วงกว้างระหว่างระดับเท่ากับ 0.80 Best, John W. (1981) ⁽²⁰⁾ ดังนี้ กลุ่มมีการมีความเข้าใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 4.21 – 5.00 กลุ่มมีการ

มีความเข้าใจมาก ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 3.41 – 4.20 กลุ่มมีการมีความเข้าใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 2.61 – 3.40 กลุ่มมีการมีความเข้าใจน้อยค่าเฉลี่ย ระหว่าง 1.81 – 2.60 กลุ่มมีการมีความเข้าใจน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) คือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่มีทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วนความสอดคล้อง และตรงตามวัตถุประสงค์ เนื้อหาที่ต้องการวัด กรอบแนวคิดในการวิจัย หลักการใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา แล้วปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้ถูกต้อง การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากเครื่องมือได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถาม มาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง รวมทั้งพิจารณาหลักการใช้ภาษาที่ต้องมีความชัดเจนและอ่านเข้าใจง่ายแล้วหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงในส่วนการปฏิบัติ โดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเข้าใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืดเท่ากับ 0.87 และของแบบสอบถามความพึงพอใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของญาติหรือผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล เท่ากับ 0.84 นำไปใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4 แบบประเมินแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของญาติหรือผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผลพร้อมทั้งสรุปประเด็น

เขียนตามกระบวนการ ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงาน ซึ่งจะมีการสรุปผลการดำเนินงาน และนำผลการวิเคราะห์คืนสู่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาหาวิธีการแก้ไขและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ให้มีความยั่งยืน ลดปัญหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัยครั้งนี้ดังนี้ 1) ผู้วิจัยนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่วิจัยด้วยตนเอง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้กลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง 2) กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกาย และจิตใจต่อเจ้าหน้าที่ โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อม หรือไม่สมัครใจ 3) เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) สร้างความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะนำผลการดำเนินงานไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น 5) หากจะต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง 6) การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

1 สภาพบริบท และสภาพปัญหาในการบริหารจัดการ พบว่า

1.1. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ไอ แน่นหน้าอก หายใจเสียงดังวี๊ด มักเป็นเวลากลางคืน มีประวัติครอบครัว มีอาการหลังออกกำลังกาย ผลตรวจร่างกาย หลังพ่นยา ค่า PEFR เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 20% ค่า FVC ค่า FEV1 และค่า PD20 ต่ำกว่าเกณฑ์

1.2 สภาพปัญหาในการบริหารจัดการพบว่า 1) ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการดูแลตนเองรวมถึงขาดความตระหนักที่จะต้องใช้จ่ายอย่างสม่าเสมอและถูกวิธี 2) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ขาดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน ขาดรูปแบบการประสานงานกันเป็นทีมที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่เกี่ยวข้อง ขาดทักษะแนวทางการรักษาโรคหืดที่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ถูกต้องตรงตามมาตรฐาน ไม่ได้รับการเฝ้าระวังเพื่อประเมินการทำงานของปอด ไม่ได้รับคำแนะนำการพ่นยาจากเภสัชกร ไม่ได้รับยาพ่น steroid ตามข้อบ่งชี้ ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านในรายที่ Re-admit และขาดการติดตามการรักษาจากแพทย์ 3) ด้านระบบบริการ พบว่ายังไม่มีคลินิกในการดูแลที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ไม่มีระบบการคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบแบบสหวิชาชีพ การมารับการรักษาซ้ำที่ รพ. ก่อนกำหนด (Re-visit หรือ Re-Admit) ผู้ป่วยขาดนัดเนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดเมื่อมีอาการดีขึ้นจะขาดการรักษา หรือบางครั้งผู้ป่วยมียาเหลือ ใช้จ่ายเงินจึงไม่เห็นความสำคัญของการมาโรงพยาบาล จากข้อมูลของโรงพยาบาลดอนตาลเมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน (โดยเฉพาะไม่ได้รับ ICS) ผู้ป่วยโรคหืดมารับการรักษาฉุกเฉินนอกเวลาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน(Emergency Room : ER) มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นกลุ่มโรคที่มีการรายงาน Re – admit และมียอดการสั่งซื้อยาพ่นชนิดบรรเทาอาการมากขึ้นเรื่อยๆ

2. การพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล (Don Tan Asthma Clinic)

2.1 กระบวนการพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล (Don Tan Asthma Clinic) กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล โดยใช้แนวคิดและทฤษฎี การใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) ในการสร้างความรู้ (Appreciation) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผน (planning) ได้แก่ การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) สำหรับผู้เกี่ยวข้องโดยตรง ประกอบด้วย บริบทในการดำเนินงาน สภาพปัญหาในการดำเนินงาน กระบวนการพัฒนาการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และรูปแบบในการดำเนินงาน การพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาและมีผู้ช่วย โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ในประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) นำเสนอข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ ผลการดำเนินงานบริบท และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร 2) การพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาและมีผู้ช่วย โดยการนำผลการวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานบริบท และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2: ปฏิบัติตามแผน (action) ผู้ศึกษาดำเนินการตามแนวทางคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

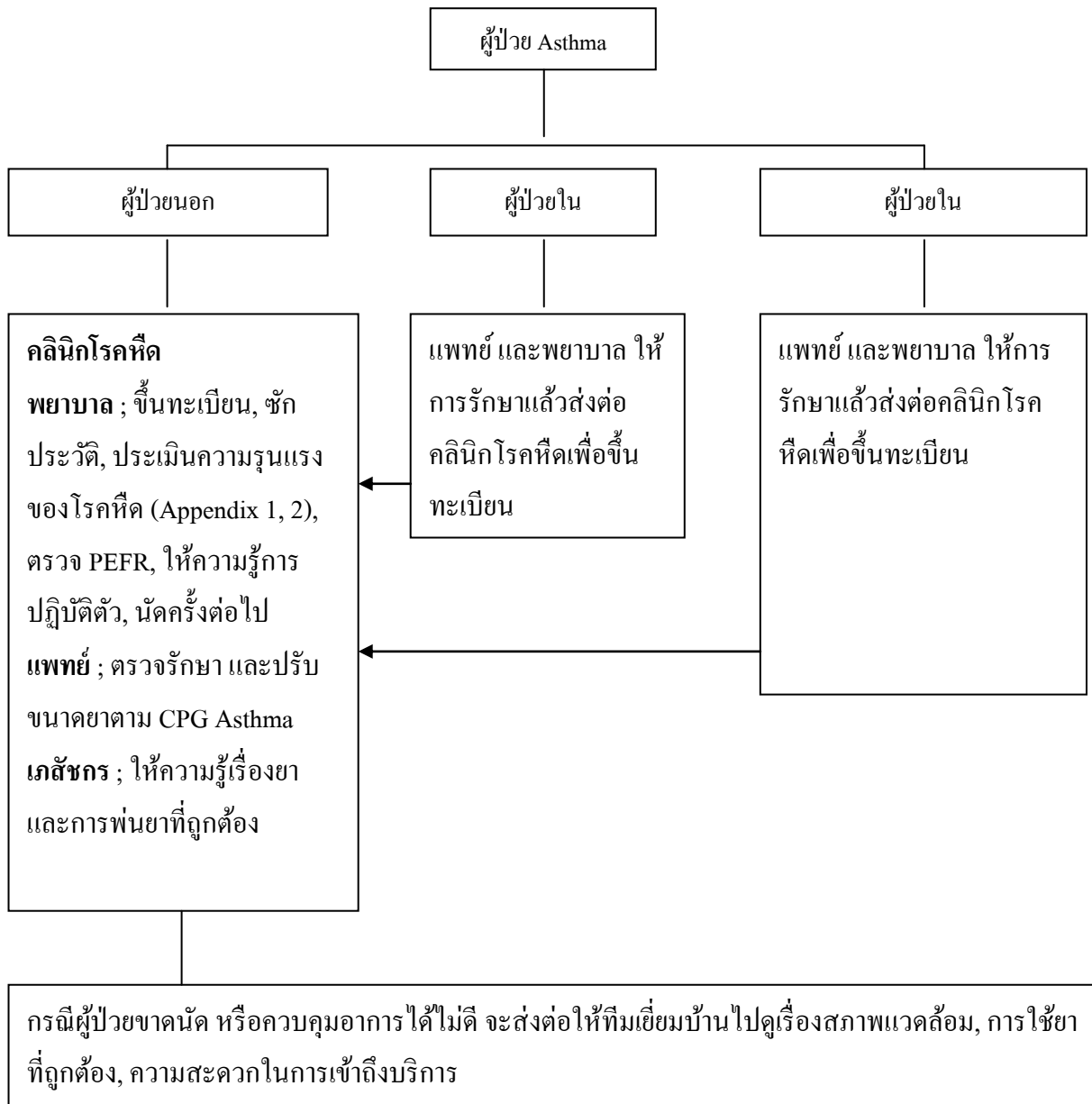
ขั้นตอนที่ 3: การสังเกต (observation) ทำการติดตามผลการดำเนินงาน คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ สังเกต ติดตามการดำเนินงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ที่ได้จากการพัฒนา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ขั้นตอนที่ 4 : การสะท้อนผล (reflection) การสะท้อนผลจากการดำเนินการคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยเป็นการการประชุมผู้รับผิดชอบ เพื่อเสนอผลการดำเนินงาน และทบทวนแนวทาง ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การจัด

ประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญห

2.2 รูปแบบการดำเนินงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหารเป็น การจัดตั้ง คลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลดอนตาล โดยพยายามทำ

ให้แนวทางการรักษาง่ายเพื่อให้แพทย์ทุกระดับสามารถ ปฏิบัติได้ มีการจัดระบบให้แพทย์ใช้เวลาในการดูแล ผู้ป่วยน้อยลง และเพิ่มบทบาทของเภสัชกรและพยาบาล ในการร่วมดูแลผู้ป่วย (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดำเนินงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

จากภาพประกอบ 1 คลินิก โรคหืด โรงพยาบาลดอนตาล (Don Tan Asthma Clinic) จัดตั้งขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการจัดตั้ง คลินิกโรคหืดอย่างง่าย

(Easy Asthma Clinic ; EAC) และปรับปรุงให้มีความ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลดอนตาล รูปแบบ การดำเนินงาน เป็นการบูรณาการการดำเนินงานที่มุ่งเน้น

การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เกษษกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทีมคณะทำงาน จะได้รับการอบรมเพื่อให้เข้าใจแนวทางการรักษาโรคหืดที่ถูกต้อง ด้วยการทำงานประสานกันเป็นทีม การซักประวัติผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การตรวจร่างกาย ร่วมกับการประเมินสมรรถภาพปอด และให้การรักษาดูแลตามแนวทางการรักษาโรคได้อย่างถูกต้อง

โดยกิจกรรมในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การคัดกรองเบื้องต้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน การส่งต่อ โดยเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน การเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยการอบรมญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความรู้เรื่องโรคหืด การใช้ยาที่ถูกต้อง การเกิดภาวะฉุกเฉิน (Call 1669) การให้บริการผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร การประเมินโรคโดยการประเมินสมรรถภาพปอดอย่างง่าย การใช้ยาพ่นรักษา การให้ความรู้ผู้ป่วยและสอนการพ่นยาทำให้ผู้ป่วย และ การติดตามประเมินผลการรักษา โดยทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อติดตามดูแลเรื่องสภาพแวดล้อม, การใช้ยาที่ถูกต้อง, ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

2.3 แนวทางการการให้บริการผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย แนวทางการวินิจฉัย Asthma การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย Asthma ในเด็ก แนวทางการรักษา Asthma ที่ OPD แนวทางการรักษา Asthma exacerbation ในผู้ใหญ่ที่ห้องฉุกเฉิน แนวทางการรักษา Asthma exacerbation ในเด็กที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉิน แนวทางการรักษาผู้ป่วย Asthma กรณี Admit แนวทางการรักษาผู้ป่วย Asthma ในผู้ใหญ่ กรณี Admit แนวทางการรักษาผู้ป่วย Asthma ในเด็กกรณี Admit และแนวทางการดูแลที่บ้าน

2.4 ความเข้าใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืดของบุคลากรในภาพรวม และรายด้าน อยู่ในระดับมาก

3. ผลลัพธ์การดำเนินงาน ของคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหารจากการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลคอนตอล ทุกคนได้รับการดูแลโดยคลินิก จนสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและการเข้าอนรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะหอบรุนแรงได้ สามารถมาเข้ารับการรักษาที่เป็นมาตรฐานสากลในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ไม่ต้องลำบากเดินทางเข้ามาพบแพทย์ในโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ที่อยู่ห่างไกล มีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เกษษกร ทำงานร่วมกัน โดยทีมสหวิชาชีพ จะได้รับการอบรมเพื่อให้เข้าใจแนวทางการรักษาโรคหืดที่ถูกต้อง ด้วยการทำงานประสานกันเป็นทีม การซักประวัติผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การตรวจร่างกายร่วมกับการประเมินสมรรถภาพปอด และให้การรักษาดูแลตามแนวทางการรักษาโรคได้อย่างถูกต้อง กระบวนการรักษาดังกล่าวจะทำให้การรักษาโรคหืดของไทยได้มาตรฐานสากลและมีคุณภาพตามที่ GINA Guideline กำหนด ความพึงพอใจในแนวปฏิบัติและการวางแผนการดูแลรักษาของญาติหรือผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคหืดในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการการพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาบริบท และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร เพื่อพัฒนากระบวนการการพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร และเพื่อศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงาน ของการจัดตั้งคลินิกโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ⁽²¹⁾ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา สภาพบริบท และสภาพปัญหาในการบริหารจัดการ พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการดูแลตนเองรวมถึงขาดความตระหนักที่จะต้องใช้ยาพ่นอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ขาดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน ขาดรูปแบบการประสานงานกันเป็นทีมที่

เกี่ยวข้อง ผู้ที่เกี่ยวข้อง ขาดทักษะแนวทางการรักษาโรคหืดที่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ถูกต้องตรงตามมาตรฐาน ไม่ได้รับการเฝ้าติดตามเพื่อประเมินการทำงานของปอด ไม่ได้รับคำแนะนำการพ่นยาจากเภสัชกร ไม่ได้รับยาพ่น steroid ตามข้อบ่งชี้ ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านในรายที่ Re-admit และขาดการติดตามการรักษาจากแพทย์ ด้านระบบบริการ พบว่ายังไม่มีคลินิกในการดูแลที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ไม่มีระบบการคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบแบบสหวิชาชีพ การมารับการรักษาซ้ำที่ รพ. ก่อนกำหนด (Re-visit หรือ Re-Admit) ผู้ป่วยขาดนัดเนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดเมื่อมีอาการดีขึ้นจะขาดการรักษา หรือบางครั้งผู้ป่วยมียาเหลือ ใช้จ่ายเงินจึงไม่เห็นความสำคัญของการมาโรงพยาบาล จากข้อมูลของโรงพยาบาลคอนตาดเมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน (โดยเฉพาะไม่ได้รับ ICS) ผู้ป่วยโรคหืดมาได้รับการรักษาฉุกเฉินนอกเวลาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน(Emergency Room : ER) มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นกลุ่มโรคที่มีการรายงาน Re – admit และมียอดการสั่งซื้อยาพ่นชนิดบรรเทาอาการมากขึ้นเรื่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญช่วย เกตุฐาน (2550) ⁽²²⁾ ได้ทำการศึกษาการจัดบริการต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบปัญหาทั้งด้านการจัดบริการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการดูแลต่อเนื่อง จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้แนวคิดและทฤษฎี กระบวนการวงจรคุณภาพ (PDCA) ⁽¹³⁾ ประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) และการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ทำให้งานไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนที่วางไว้ (Act) ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) ในการสร้างความรู้ (Appreciation) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดำเนินงาน การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคลินิกโรค

หืด โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร การพัฒนาคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ปฏิบัติตามแผน (Do) ดำเนินการตามแนวทางคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร การสังเกต (Check) ทำการติดตามผลการดำเนินงาน คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร และการปรับปรุงแก้ไข การสะท้อนผล (Act) โดยการสรุปผลการดำเนินงาน การสะท้อนผลจากการดำเนินการคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร โดยเป็นการการประชุมผู้รับผิดชอบ เพื่อเสนอผลการดำเนินงาน และทบทวนแนวทาง ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานทำให้เกิด รูปแบบการดำเนินงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งเป็นการจัดตั้งคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลคอนตาด โดยพยายามทำให้งานแนวทางการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ทุกระดับสามารถปฏิบัติได้ มีการจัดระบบให้แพทย์ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง และเพิ่มบทบาทของเภสัชกรและพยาบาลในการร่วมดูแลผู้ป่วย โดยประยุกต์แนวคิดการจัดตั้ง คลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic ; EAC) และปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับบริบทของ โรงพยาบาลคอนตาด รูปแบบการดำเนินงาน เป็นการบูรณาการการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทีมคณะทำงาน จะได้รับการอบรมเพื่อให้เข้าใจแนวทางการรักษาโรคหืดที่ถูกต้อง ด้วยการทำงานประสานกันเป็นทีม การซักประวัติผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การตรวจร่างกายร่วมกับการประเมินสมรรถภาพปอด และให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหืดได้อย่างถูกต้อง โดยกิจกรรมในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การคัดกรองเบื้องต้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน การส่งต่อ โดยเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยการอบรมญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความรู้เรื่องโรคหืด การใช้ยาที่ถูกต้อง การเกิดภาวะฉุกเฉิน (Call 1669) การให้บริการผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร

การประเมินโรคโดยการประเมินสมรรถภาพปอดอย่างง่าย การใช้ยาพ่นรักษา การให้ความรู้ผู้ป่วยและสอนการพ่นยา ทำให้ผู้ป่วย และการติดตามประเมินผลการรักษา โดย ทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อติดตามดูเรื่องสภาพแวดล้อม, การใช้ยาที่ถูกต้อง, ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และมีแนวทางการการ ให้บริการผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย แนวทางการวินิจฉัย Asthma การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย Asthma ในเด็ก แนวทางการรักษา Asthma ที่ OPD แนวทางการรักษา Asthma exacerbation ในผู้ใหญ่ที่ห้องฉุกเฉิน แนวทางการรักษา Asthma exacerbation ในเด็กที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉิน แนวทางการรักษาผู้ป่วย Asthma กรณี Admit แนวทางการรักษาผู้ป่วย Asthma ในผู้ใหญ่ กรณี Admit แนวทางการรักษาผู้ป่วย Asthma ในเด็กกรณี Admit

จากการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยหืดในเขต รับผิดชอบของ โรงพยาบาลดอนตาล ทุกคนได้รับการดูแล โดยคลินิก จนสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้อง ฉุกเฉินและการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ หอบรุนแรงได้ สามารถมาเข้ารับการรักษาที่เป็น มาตรฐานสากลในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ไม่ต้องลำบากเดินทางเข้ามาพบแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ห่างไกล มีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เกษตรกร ทำงานร่วมกัน โดยทีมสหวิชาชีพจะได้รับการอบรมเพื่อให้ เข้าใจแนวทางการรักษาโรคหืดที่ถูกต้อง ด้วยการทำงาน ประสานกันเป็นทีม การซักประวัติผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การตรวจร่างกายร่วมกับการประเมินสมรรถภาพปอด และ ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคได้อย่างถูกต้อง กระบวนการรักษาดังกล่าวจะทำให้การรักษาโรคหืดของ ไทยได้มาตรฐานสากลและมีคุณภาพตามที่ GINA Guideline กำหนด⁽²³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญช่วย เคารพ (2550)⁽²²⁾ ได้ทำการศึกษาการจัดบริการต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบ ปัญหาทั้งด้านการจัดบริการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการดูแลต่อเนื่อง โดยได้มีการทบทวนข้อกำหนด การจัดบริการ แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทราบ กำหนดบทบาทหน้าที่บุคลากรให้ชัดเจน กำหนดแนวทางการ

ให้บริการในคลินิกให้ชัดเจน และการส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์ สุขภาพชุมชนติดตามดูแล เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมการประเมิน ภาวะสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน การแนะนำ สอน สาธิต และการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การส่งต่อให้ศูนย์ สุขภาพชุมชน การจัดให้มีช่องทางการประสานงานที่ สะดวก และรวดเร็วระหว่างโรงพยาบาล และหน่วยบริการ ปฐมภูมิเครือข่ายการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมหลังการ ดำเนินกิจกรรมพบว่า บุคลากรในคลินิกผู้ให้บริการมีความ พึงพอใจในการให้บริการ เพราะสามารถให้บริการผู้ป่วย ได้ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีม ได้มากขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีความเข้าใจและเห็น ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง และนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ (2551)⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาการ พัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มที่เป็น เบาหวานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า ทำ ให้ได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วย พัฒนาเกณฑ์การส่ง ต่อผู้ป่วย พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาวางแผน ปฏิบัติการ และร่วมสะท้อนผล การปฏิบัติการ ผลการพัฒนาระบบทำให้สามารถระบุผู้ที่ ขาดนัดได้ง่ายและสามารถติดตามดูแลได้ทันทั่วทั้งที่ได้รับ ปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เกิดการจัดการดูแลกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการและสมาชิก องค์การชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วย เบาหวานในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำเสนอผลการศึกษาดังกล่าวให้กับผู้ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นการ กระตุ้นเตือนให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ และ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากต้องกลายเป็นผู้ป่วย เพื่อหา แนวทางในการป้องกันต่อไป

2. ในการแก้ปัญหาควรเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีโอกาสเข้าร่วมในการกำหนดแนวทาง และดำเนินกิจกรรม เพราะจะทำให้ทุกคนความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความตระหนัก และอยากมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น

3. ควรมีการนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังปัญหาในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

4. ควรมีการติดตามและส่งเสริมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักแก่บุคลากรในสังกัด

เอกสารอ้างอิง

- Boonsawat W, Charoenphan P, Kaitboonsri S. (2002). Prevalence of asthma symptoms in adult 4 cities of Thailand. Joint scientific meeting the thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society. Bangkok, Thailand
- Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. (1998). Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) questionnaires. J Med Assoc Thai, (81), 175-184.
- Global initiative for asthma. (1995). Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report.
- Woolcock A, Rubinfeld AR, Seale JP, Landau LL, Antic R, Mitchell C, et al. (1989). Thoracic society of Australia and New Zealand Asthma management plan, 1989. Med J Aust, (151), 650-653.
- Teeratakulpisarn J, pairajkul S, Heng S. (2000). Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from Khon Kaen, Northeast Thailand. (An ISAAC study. International study of Asthma and Allergies in Childhood.). Asian Pac J Allergy Immunol, (18), 187-194.
- Trakultivakorn M. (1999). Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in Northern Thai children from Chiang Mai (International Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC). Asian Pac J Allrgy Immunol, (17), 243-248.
- ประเสริฐ ทองเจริญ. (2538). แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่. แพทย์สภาสาร, 17-29.
- ประพาฬ ไขบุญ. (2541). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่นับปรับปรุง). วารสารวันโรคและโรคทางอก. (19), 179-193.
- ประพาฬ ไขบุญ. (2547). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.
- Boonsawat W, Charoenphan P, Kaitboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C, et al. (2004). Survey of asthma control in Thailand. Respirology, (9), 373-378.
- Adams RJ, Fuhlbrigge A, Guilbert T, Lozano P, Martinez F. (2002). Inadequate use of asthma medication in the United States : results of the asthma in America national population survey. J Allergy Clin Immunol, (110), 58-64.
- Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maire WC. (2000). Clinical management of asthma in 1999 the Asthma insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J, (16), 802-807.
- เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และคณะ. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษา จังหวัดในเขต 6. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546.
- (วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์, 2547)
- (จิตรศิริ ชันจิน, 2547)
- Cohen , J.M. and Uphoff , N.T.(1981) Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies , Cornell University.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดมุกดาหาร. 2558 (เอกสารอัดสำเนา)
- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลดอนตาล. ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลดอนตาล. 2553
- บุญชม ศรีสะอาด.(2545) การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.

20. Best, John W. (1981) Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
21. Kemmis, S. and McTaggart, R.[2000]. Participatory action research.[online] Available form:http://en.wikipedia.org/wiki/Participatory_action_research [cited November 20,2014]
22. บุญช่วย เกตุฐาน. การจัดบริการดูแลต่อเนื่องเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. การศึกษาอิสระ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2550.
23. วัชราน บุญสวัสดิ์. (2548). คลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ (Easy Asthma Clinic). ใน วัชร จามจุรีรักษ์, สุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). **BGH Annual academic meeting : From the basic to the top in Medicine**. (หน้า 83-87). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศ.รุ่งทิพย์ ออฟเซท.
24. วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มที่เป็นเบาหวานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย

The Development of the Elderly Care Guidelines for the Elderly Clinic, Nongkhai Hospital

อัจฉราพร พงศ์ผาสุก¹, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท์²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุและศึกษาผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะสุขภาพซึ่งยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม ระยะก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลศึกษาปัญหาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุจากเวชระเบียนผู้สูงอายุจำนวน 400 ราย ระหว่าง 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพยังไม่ครอบคลุมและไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน จากนั้นพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยทีมสหวิชาชีพจำนวน 9 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์สัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ จักษุแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาล ได้แนวทางการดูแล 6 แนวทาง และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุภาพรวม 1 แนวทาง ระยะหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลได้ใช้แนวทางการดูแลในผู้สูงอายุจำนวน 395 ราย ระหว่าง 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2560 ผลการศึกษาด้านข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 58.48) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 60.76) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 93.16) อาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส (ร้อยละ 69.87) มีผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล (ร้อยละ 67.09) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.42) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 44.30) มียาที่ต้องรับประทานประจำเกือบทุกราย (ร้อยละ 95.95) มีปัญหาเรื่องอาการปวด (ร้อยละ 57.22) ด้านการประเมินภาวะสุขภาพพบผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยต้องได้รับการส่งพบแพทย์และทีมสหวิชาชีพจำนวน 149 ราย (ร้อยละ 37.72) และส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพเพื่อรับการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (DR screening) และตรวจเท้า จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 4.56) ไม่พบปัญหาหรืออุปสรรคในการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย ทีมสหวิชาชีพทุกคนที่รับดูแลผู้สูงอายุมีความเห็นว่าแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความเหมาะสม และควรใช้เป็นแนวปฏิบัติต่อไปเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ข้อเสนอแนะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุเห็นว่าควรปรับระบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบสั้นและง่ายสำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกต่างๆ เพื่อคัดกรองปัญหาเบื้องต้นและส่งต่อผู้สูงอายุมาใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: คลินิกผู้สูงอายุ, แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ, การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this study was to develop the elderly care guidelines for elderly clinic in Out Patient Department Nongkhai Hospital and to study the results of the guidelines .In order to assess the elders health status which unable to provide comprehensive services. Pre guideline development phase studied 400 elderly medical records from October 1, 2015 to September 30, 2016 show the insufficient health status assessment and without elderly care guidelines. Guideline development phase developed six guidelines and one overall elderly guideline from nine multidisciplinary which consist of medical physician, neurologist, rehabilitation physician, urologist, psychologist, ophthalmologist, nutritionist, physical therapist and nurse. Post guideline development phase, 395 elders were recruited in the study from July 1 to September 30, 2017. The demographic data show majority of elders were female (58.48%), married (60.76%), had caregivers (93.16%) stay with spouse and their child (69.87%) and get to hospital with their caregiver (67.09%). Almost of elders had medication profile (95.95%) had problems with pain (57.22%). The most common diseases were hypertension (53.42%), followed by diabetes mellitus (44.30%). For health assessments, 149 elders (37.72%) were referred to physicians and a multidisciplinary team and 18 elders (4.56%) refer to district health promotion hospital for diabetic retinopathy screening and foot exams. The Elderly Care Guidelines for the Elderly Clinic was implemented at Nongkhai Hospital without problem or obstacle. All nine multidisciplinary state that the guidelines are appropriate and should be used as a comprehensive guideline. Recommendations, researchers who performed in the elderly clinic found that the health assessment tool should be concise and simple for screening nurse to use as primary elderly assessment to screen the problem and refer the elder to elderly clinic.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging society) จากการคาดการณ์สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก วัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องคาดว่าอีก 3 ปีข้างหน้าคือปี 2563 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.2⁽¹⁾ การพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์สามารถลดอัตราการตายทำให้ประชากรมีอายุยืนขึ้น แต่อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลง และสัดส่วนของประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด เป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ สะท้อนถึงการมีอายุยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุและนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยพึ่งพิง เนื่องจากการเสื่อมของร่างกายมีผลต่อการมองเห็น การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความจำ เป็นต้น^(2,3) จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการด้านสุขภาพรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเป็นอีกบริการหนึ่งในการให้บริการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

จากแนวทางการประเมินสภาพผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน^(4,5) ที่ประกอบด้วยการซักประวัติ ได้แก่ สุขภาพทั่วไป การสูบบุหรี่ การกลืน การมองเห็น การหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และการใช้แบบประเมินสุขภาพ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ความเสี่ยงโรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน สมรรถภาพสมอง ชีพเสริมฯ กิจกรรมประจำวัน ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวทางการประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการต้องการความพึงพาการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคายที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2556 มีพยาบาลผู้รับผิดชอบงานปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 วัน ไม่มีแพทย์ประจำคลินิก มีการให้บริการประเมินสภาพด้านร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มีความชัดเจนเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพไปพบแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหวิชาชีพเพื่อรับการดูแลรักษาและส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองคายจึงสนใจที่จะศึกษาผลการพัฒนาแนวทางดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคายขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลหนองคาย
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลหนองคาย

วิธีวิจัย

เป็นการศึกษาผลของการแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย โดยศึกษาผลการประเมินภาวะสุขภาพ การได้รับการส่งพบแพทย์/ทีมสหวิชาชีพตามสภาพปัญหาที่พบ ศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแล ข้อมูลปีงบประมาณ 2559 กับระยะหลังการพัฒนาแนวทางการดูแล 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2560 ใช้กรอบแนวคิด PDCA เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองคาย ระยะก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุข้อมูลปีงบประมาณ 2559 จากแบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย ระยะหลังการพัฒนาแนวทางการดูแล 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2560 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ⁽⁶⁾ โดยการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และประชากรผู้สูงอายุที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองคายปี 2559 จำนวน 15,120 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 395 คน และทีมสหวิชาชีพจำนวน 9 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์ัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ จักษุแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ
2. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุใช้แบบประเมินตามแนวทางของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนน 2-22 คะแนน

2) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (modified IQCODE) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ระดับการให้คะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ดีมาก ถึง 5 คะแนน หมายถึง แย่มาก นำคะแนนรวมจาก 8 ข้อ หาค่าด้วย 8 หากมากกว่าหรือเท่ากับ 3.44 หมายถึงผู้สูงอายุมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะมีภาวะสมองเสื่อม ทำการประเมินต่อด้วย Mini- Mental state Examination (MMSE) ก่อนส่งพบอายุรแพทย์ระบบประสาท ซึ่ง MMSE เป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายในการคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อม⁽⁷⁾

3) แบบประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เป็นการสอบถามเบื้องต้น 1 ข้อ ถึงผลกระทบของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ต่อชีวิตประจำวัน

4) แบบประเมินภาวะหกล้ม ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ให้ตอบใช่/ไม่ใช่ หากตอบใช่ข้อใดข้อหนึ่ง หมายถึงมีความเสี่ยงในการหกล้ม

5) แบบประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนนเต็ม 14 คะแนน แบ่งระดับคะแนน เป็น 0-7 คะแนน มีภาวะขาดสารอาหาร 8-11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร 12-14 คะแนน มีภาวะโภชนาการปกติ

6) การประเมินการมองเห็น ตรวจการมองเห็นด้วย Snellen eye chart ผู้สูงอายุที่อ่านได้ถึงแถวที่ 7 แสดงว่าสายตาปกติ ถ้าอ่านได้น้อยกว่าแถวที่ 7 แสดงว่าสายตาสดปกติ

7) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินด้วยคำถาม 2Q ถ้าตอบว่ามีอาการข้อใดข้อหนึ่งหรือ 2 ข้อ แสดงว่ามี

ความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเกิดโรคซึมเศร้า ให้ส่งพบพยาบาลคลินิกจิตเวชเพื่อประเมินด้วยคำถาม 9Q ต่อไป

8) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi structure interview) ใช้สัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย การศึกษาปัญหาและอุปสรรคการใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคายโดยวิธีการ Content analysis

ผลการศึกษา

1. จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเวชระเบียนผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิก ผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2559 เพื่อศึกษาปัญหาการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิก ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 254 ราย (ร้อยละ 63.50) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง 148 ราย (ร้อยละ 37.00) รองลงมาคือเบาหวาน 135 ราย (ร้อยละ 33.75) ปัญหาที่พบจากการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม 43 ราย (ร้อยละ 10.75) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการการช่วยเหลือ 24 ราย (ร้อยละ 6.00) และมีภาวะสมองเสื่อม 5 ราย (ร้อยละ 1.25) ดังตารางที่ 1 อายุเฉลี่ย 72.50 ปี (SD = 6.2) จากการดำเนินงานที่ผ่านมา แนวทางการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม มีเพียงการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะหกล้ม สมองเสื่อม และการมองเห็น นอกจากนี้ยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ เมื่อพบปัญหาผู้สูงอายุจะได้รับเพียงคำแนะนำให้ไปตรวจกับแพทย์ แต่ไม่มีแนวทางการส่งต่อดูแลหรือระบบส่งปรึกษาที่ชัดเจน 2. ระยะการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์ัลยกรรม

ทางเดินปัสสาวะ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ จักษุแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาล ร่วมกันวางแผนทางการดูแล โดยพยาบาลประจำคลินิก ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินทั้งหมด 7 ชุด ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนทั้งในการส่งผู้สูงอายุที่พบภาวะเจ็บป่วยหรือความเสี่ยง และแนวทางการส่งต่อดูแลที่บ้าน ทำให้ได้แนวทางการดูแลตามปัญหาสุขภาพจำนวน 6 แนวทาง และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 1 แนวทาง การดูแลดังนี้

2.1 แนวทางการดูแลภาวะหกล้ม หากพบความเสี่ยงให้ประเมิน Time Up and Go, 30 sec chair stand, 4 stage balance Test และประเมินประวัติการหกล้มครั้งนั้น จากนั้นส่งพบนักกายภาพบำบัด เพื่อประเมินและส่งพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อไป หากไม่พบปัญหาให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะหกล้มและคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 แนวทางการดูแลภาวะสมองเสื่อม ประเมิน modified IQCODE หากค่ามากกว่าเท่ากับ 3.44 ประเมิน MMSE และส่งพบอายุรแพทย์ หากไม่พบปัญหาให้ญาติผู้ดูแลสังเกตอาการสมองเสื่อมหรือค้นหาสาเหตุอื่น เช่น ภาวะซึมเศร้า การแปรปรวนของระบบอื่นๆในร่างกาย

2.3 แนวทางการดูแลภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ให้สอบถามประวัติการมีภาวะปัสสาวะเล็ด/ปัสสาวะรดจนทำให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวัน หากพบส่งพบศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ หากไม่พบให้คำแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลสังเกตอาการปัสสาวะไม่อยู่

2.4 แนวทางการดูแลภาวะทุพโภชนาการ โดยการประเมินผลแบบองค์รวม ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคม และ ADL ประเมินการรับและทานอาหาร ประเมินน้ำหนักลด ปัญหาช่องปาก หากพบปัญหาส่งพบนักโภชนาการประเมิน พบนักโภชนาการให้คำแนะนำ/ติดตามน้ำหนักตัว กรณี MNA < 11 ส่งพบอายุรแพทย์

2.5 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น ประเมินโดยใช้ Snellen eye chart กรณี VA > 20/100 ส่งพบจักษุแพทย์

2.6 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คัดกรองโดยคำถาม 2Q หากพบข้อใดข้อหนึ่ง ส่งพบพยาบาลแผนกจิตเวช เพื่อประเมินด้วยคำถาม 9Q หากพบมากกว่า 7 ข้อส่งพบจิตแพทย์

3. ผลการศึกษาด้านข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ

3.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 58.48) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.76) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.46) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 93.16) อาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส (ร้อยละ 67.87) มีผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล (ร้อยละ 67.09) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.42) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 44.31) มียาที่ต้องรับประทานประจำ (ร้อยละ 95.95) มีปัญหาเรื่องอาการปวด (ร้อยละ 57.22) ดังตารางที่ 3 อายุเฉลี่ย 71.0 ปี (SD=7.4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รูปร่างสมส่วน ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 20.83 (SD=4.5) จำนวนยาประจำที่รับประทานมากที่สุดถึง 12 รายการ เฉลี่ย 4.1 รายการ (SD=2.5)

3.2 ด้านการประเมินภาวะสุขภาพพบผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยต้องได้รับการส่งพบแพทย์และทีมสหวิชาชีพจำนวน 149 ราย (ร้อยละ 37.72) และส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพเพื่อรับการคัดกรองจอประสาทตาและตรวจเท้า จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 4.56) ดังนี้ ผู้สูงอายุจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 12.41) มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มต้องส่งพบนักกายภาพบำบัด 21 ราย (ร้อยละ 5.32) และได้รับการส่งต่อพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 5 ราย (ร้อยละ 1.27) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.49) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พบภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมที่ต้องพบอายุรแพทย์ระบบประสาท 12 ราย (ร้อยละ 3.04) ได้รับการส่งพบนักโภชนาการมากที่สุดถึง 61 ราย (ร้อยละ 15.44) เพื่อรับคำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรคและรับการประเมินภาวะโภชนาการต่อในจำนวนนี้พบ 3 ราย (ร้อยละ 0.76) ที่ต้องส่งพบอายุรแพทย์ จากภาวะทุพโภชนาการ พบจิตแพทย์เรื่องภาวะซึมเศร้า 3 ราย (ร้อยละ 0.76) ส่งพบจักษุแพทย์จากภาวะผิดปกติของการมองเห็น

3 ราย (ร้อยละ 0.76) และส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อรับการคัดกรองภาวะจอประสาทตาเสื่อม 13 ราย (ร้อยละ 3.29) และส่งต่อตรวจเท้า 5 ราย (ร้อยละ 1.27)

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แนวทางดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุในส่วนของผู้รับการดูแลต่อไม่พบปัญหาหรืออุปสรรค และเห็นว่าแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพและเกณฑ์การประเมินภาวะสุขภาพเหมาะสมแล้ว พบเพียงปัญหาในการคัดกรองที่ทำได้ไม่ครอบคลุมผู้มารับบริการ เนื่องจากการประเมินใช้เวลานานและมีแบบประเมินหลายชุด ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ได้รับการส่งต่อดูแลที่เหมาะสม ด้านพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินงานเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเป็นการศึกษาผลของการแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย โดยศึกษาผลการประเมินภาวะสุขภาพ การได้รับการส่งพบแพทย์/ทีมสหวิชาชีพตามสภาพปัญหาที่พบ ศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแล พบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่ปัญหาที่พบคือ การมองเห็น⁽⁸⁾ ปวดเข่า และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ^(8,9) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง^{10,11} นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สมจิตร มาตยารักษ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง⁽¹²⁾ ศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก พบว่าภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 13.7 ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร² และร้อยละ 74.2 มีระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับคุณภาพชีวิต ($r=0.77$,

$p<.01$)⁹ ปัญหาเรื่องการล้ม⁽¹³⁾ พบว่าผู้สูงอายุมีประวัติการล้มถึงร้อยละ 20.3 แต่ผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกลับพบว่าสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นส่วนใหญ่ การคัดกรองภาวะหกล้มและร่วมกันวางแผนกับครอบครัวผู้สูงอายุในการจัดสิ่งแวดล้อมจะเป็นกิจกรรมหนึ่งเพื่อป้องกันการหกล้มได้ เนื่องจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุเกิดจากการหกล้มมากที่สุด⁽¹⁴⁾ และใช้กรอบแนวคิด PDCA เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งประกอบด้วย แนวทางการดูแลภาวะหกล้ม ปัสสาวะไม่อยู่ แนวทางการดูแลภาวะทุพโภชนาการ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น ประเมินโดยใช้ Snellen eye chart กรณี VA>20/100 ส่งพบจักษุแพทย์ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหนองคายดำเนินการโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้คัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัยที่มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุร่วมดูแล^(15,16) ดังนั้นการมีแนวทางการดูแลโดยผ่านพิจารณาของทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแล จะช่วยให้มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และผู้สูงอายุที่มารับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบปัญหาในส่วนของ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ เนื่องจากมีแบบประเมินจำนวน 7 ชุด ใช้เวลาเฉลี่ยในการประเมิน 22 นาที ซึ่งใช้เวลานานในการประเมินทำให้ไม่สามารถคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการในแต่ละวันได้ทั่วถึง ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการพัฒนาแบบคัดกรองควรมีแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบสั้นและง่ายสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกต่างๆ เพื่อคัดกรองปัญหาเบื้องต้นและส่งต่อผู้สูงอายุ

มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุต่อไป เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวางแผนทางร่วมกันในการดูแล

ผู้สูงอายุและขอบคุณผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนาแนวการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองคายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thailand Gerontology Research and Development Institute. **Situation of Thailand elderly 2014.** Bangkok: TQP: 2014.
2. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา , 2549. 171-181.
3. รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. การประเมินปัญหาของผู้สูงอายุ. ใน วันชัย วะชีวันวิน และคณะ. ตำราอายุรศาสตร์โรคตามระบบ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน กรุงเทพมหานคร, 2552.
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. 2557.
5. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการทหารผ่านศึก. 2559.
6. ชานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. บิสิเนสสารแอนดบี. พิมพ์ครั้งที่ 13. 2557.
7. สมิต ประสันนาการ และคณะ. การกระบวนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกของผู้สูงอายุในชุมชน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 26(1): 125-137, 2560.
8. ดวงเดือน รัตนมงคลกุล และคณะ. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านมุมมองพฤติกรรมในชุมชนจังหวัดนครนายก. **Journal of Medicine and Health Science.** 22(2): 48-60. 2015
9. นงนุช แยมวณิช. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. **Journal of Medicine and Health Sciences.** 21(1): 37-44. 2014.
10. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์วชิรวิทย์ พี.พี. 2556.
11. จีราพร ทองดี และคณะ. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.** 22(3): 88-99, 2555.
12. สมจิตร มาตยารักษ์และผ่องพรรณ อรุณแสง. ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง. **วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข.** 32(4): 152-161, 2557.
13. สุขดาโมะโนรังสรรค์. คุณค่าของการใช้ Five time sit to stand for fall screening and assessment in Thai older people. <http://dspace.library.tu.ac.th/handle/6625644440/308> สืบค้นเมื่อ 25/7/2560.
14. จริยา อินทรศรีม. สถานการณ์สภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด และตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอกาฬว จังหวัดเลย. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.** 9(2): 1-18, 2560.
15. สุนททิพย์ ไพโรสุวรรณและคณะ. การประเมินโครงการ “คลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม”. **รามธิบดีพยาบาลสาร.** 16(3): 443-445, 2553.
16. วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขา. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. 2548.

**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์**

**The Development of Clinical Nursing Practice Guideline of Discharge Planning for Women
Experiencing Preterm Labor at Labor Room, Somdet Hospital , Kalasin Province**

วรณัฐ บุญสอน¹ พย.ม. * นิลุบล รุจิรประเสริฐ พย.ด.**

Woranuch Boonson MSN * Nilubon Rujiraprasert Ph.D (Nursing)**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2554) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ภายหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ผลการศึกษาได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน 42 กิจกรรมการพยาบาล 2) แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) แผนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ และ 4) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว การพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์ในการปฏิบัติที่ชัดเจนชัดเจนและทันสมัย
คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Abstract

This study aimed to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) of discharge planning for women experiencing preterm labor at labor room, Somdet Hospital, Kalasin Province. The participatory development process of clinical practice guidelines purposed by Fongcum Tilokskulchai (2011) was applied to develop the guideline in this study. The guideline was assessed for content validity by 3 experts. As a result, the CNPG consists of 1) steps of discharge planning for women experiencing preterm labor containing 3 main steps and 42 nursing activities 2) discharge planning record for women experiencing preterm labor 3) lesson plan of the prevention of recurrent preterm labor 4) a booklet of preterm labor prevention for pregnant women and family. The CNPG developed in this study helps nurse-midwives provide good and update practices.

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Advanced Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² Assistance Professor, Center of Research and Training on Gender and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) คือการเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ร้อยละ 70-80¹ จากการศึกษาข้อมูลจากสถิติงานเวชระเบียนของหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2554-2556 ร้อยละ 5.48, 6.27 และ 9.60 ของการตั้งครรภ์ตามลำดับ และมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเป็น ร้อยละ 3.69, 4.92 และ 8.47 ของการคลอด ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น²

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์กล่าวคือหากหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องนอนโรงพยาบาลและให้ยาช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์คลอด ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้นมาจากการถูกจำกัดกิจกรรม และการนอนพักบนเตียงนานๆ ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื้อเยื่อและผลข้างเคียงจากการได้รับยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูก^{3,4,5} ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ภาวะเครียดจากการที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน การรักษาที่ได้รับ และความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์⁶ นอกจากนี้ถ้าไม่สามารถช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์ได้จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อทารกคือภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย^{7,8} ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ทารกเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 สำหรับทารกที่รอดชีวิตยังพบผลกระทบระยะยาวทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา⁹ และยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศกับค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่อยู่ในภาวะวิกฤตต้องอยู่ในไอซียูปีละกว่า 11,000 ราย และต้องใช้งบประมาณในการดูแลไม่ต่ำกว่าปีละ 5,000 ล้านบาท¹⁰

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้แก่ การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ให้ยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูก ร่วมกับการจำกัดกิจกรรม และให้นอนพักบนเตียง ผลการรักษพบว่า มีทั้งที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ และยับยั้งไม่สำเร็จ อย่างไรก็ตามในกลุ่มที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดสำเร็จ มักจะมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ และคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งปัจจัยของการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนหนึ่งยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โอกาสเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำหลังได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด¹¹ รวมทั้งขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ขาดคนดูแลทำให้การเข้าถึงบริการซ้ำจนไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ ส่งผลให้คลอดก่อนกำหนดตามมา¹² ซึ่งจากสถิติงานเวชระเบียนของหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการคลอดสำเร็จในปี พ.ศ. 2554-2556 ร้อยละ 33, 40 และ 56.66 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ดังนั้นแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดสำเร็จก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จึงต้องมีการวางแผนจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดซ้ำ และกระตุ้นประจักษ์แจ้งให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อจนครบกำหนดคลอดได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำที่จะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา¹³ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ เช่น การปรับเปลี่ยนแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานยาช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง การประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองที่บ้าน การประเมินอาการ และอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด¹⁴ ซึ่งจากบททวนการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด งานห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการวางแผนจำหน่ายที่ใช้ในปัจจุบัน กำหนดแนวทางการให้คำแนะนำของพยาบาลให้

ครอบคลุมตามหัวข้อของ D-M-E-T-H-O-D เท่านั้น โดยไม่มีขั้นตอนหรือรายละเอียดของเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การปฏิบัติของพยาบาลในห้องคลอดพบว่า การสอนหรือการแนะนำจะทำครั้งเดียวในวันที่หญิงตั้งครรภ์จะกลับบ้าน รายละเอียดของขั้นตอนและเนื้อหาแต่ละประเด็นขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาลผู้ปฏิบัติแต่ละคน การวางแผนจำหน่ายจึงไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งไม่มีแผนการสอน และคู่มือที่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการในการนำไปทบทวนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษานำร่องงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระอริยวงศารมิตยสมันต์ ในปี พ.ศ. 2556 ในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังการเจ็บครรภ์คลอดสำเร็จ แล้วกลับมาพักฟื้นจำนวน 11 ราย พบว่าปัจจัยการกลับมารักษาซ้ำ ส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ มีภาวะเครียดจากภาวะความรุนแรงในครอบครัว แบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า มีการเดินทางไกล มีเพศสัมพันธ์ เดินบ่อย มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ที่ต้องทำงานบ้าน และต้องเลี้ยงดูบุตร และไม่มาฝากครรภ์ตามนัด นอกจากนี้เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งที่ต้องมาโรงพยาบาล คิดว่ายังไม่ครบกำหนดคลอดขอให้เจ็บครรภ์ถี่ และมีน้ำเดินก่อนถึงจะมาโรงพยาบาล ทำให้เมื่อถึงโรงพยาบาลไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ ส่งผลให้คลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดบางส่วนยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ดังนั้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำในหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายของหน่วยงานในปัจจุบัน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical nursing practice guideline: CNPG) ในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ที่มีการวางแผนการดูแลที่ชัดเจน และมีความครอบคลุมโดยนำหลักฐานเชิง

ประจักษ์ที่มีคุณภาพมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพในการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระอริยวงศารมิตยสมันต์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ในงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระอริยวงศารมิตยสมันต์ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม 10 ขั้นตอนของ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2554)¹⁵ ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นปัญหา 2) การแต่งตั้งและคัดเลือกคณะทำงาน 3) การสืบค้นหาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 4) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 5) การสังเคราะห์และพัฒนาวิธีปฏิบัติ 6) การทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ 7) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ 8) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติ 9) การเผยแพร่และการนำไปใช้ 10) การประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนที่ 1-6 เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื่องจากข้อจำกัดในระยะเวลาการศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติ ๔ ตามขั้นตอนที่ 1-6 ของฟองคำ ดิลกสกุลชัย ดังรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประเด็นที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการกลับมารักษาซ้ำในหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดสำเร็จ ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระอริยวงศารมิตยสมันต์ย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี พ.ศ. 2554-2556 และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดเพื่อนำเสนอ

ข้อมูลดังกล่าว ผลการวิเคราะห์ร่วมกัน พบว่าสถิติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อพิจารณารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหน่วยงานห้องคลอด พบว่าการวางแผนจำหน่ายที่ใช้ในปัจจุบัน กำหนดแนวทางการให้คำแนะนำของพยาบาลให้ครอบคลุมตามหัวข้อของ D-M-E-T-H-O-D เท่านั้น โดยไม่มีขั้นตอนหรือรายละเอียดของเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การปฏิบัติของพยาบาลในห้องคลอดพบว่า การสอนหรือการแนะนำจะทำครั้งเดียวในวันที่หญิงตั้งครรภ์จะกลับบ้าน รายละเอียดของขั้นตอนและเนื้อหาแต่ละประเด็นขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาลผู้ปฏิบัติแต่ละคน การวางแผนจำหน่ายจึงไม่เป็นที่ไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งไม่มีแผนการสอน และคู่มือที่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการในการนำไปทบทวนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ประชุมเห็นควรให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอดรวม 8 คนและนักศึกษาได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

3. การสืบค้นข้อมูล การทบทวนวรรณกรรม และการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาได้สืบค้นทั้งจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้แก่ ฐานข้อมูลCochrane Library, Science Direct, CINAAL full text, Thai Journal Nursing of Research, Pubmed, Google Scholar โดยใช้คำสำคัญ คือ Preterm labor, Pregnancy Preterm labor, Premature contraction Prevention, Reduce, Management, Screening, Prediction, Perception, Factor, Healthcare program, Nursing care, Inhibit, Tocolytic, Risk scoring, Discharge planning, Recurrence preterm contraction, Preterm birth, Readmission และการสืบค้นด้วยมือทางห้องสมุดได้แก่ วารสารงานวิจัย รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ ตำราวิชาการเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการ

วางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการสืบค้นได้เอกสารเพื่อเป็นข้อมูลในการสังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติจำนวน 21 เรื่อง

4. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้เป็น การนำข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้น

ได้มาจัดระดับความน่าเชื่อถือ ซึ่งแบ่งเป็น 7 ระดับ ตามแนวคิดของ เมวินิก ไฟน์เฮิร์ท-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnik & Fineout-Ovrtolt, 2005 อ้างถึงใน พงศ์คำ ดิลกกุลชัย, 2551¹⁶⁾ โดยผู้ศึกษาจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในงานห้องคลอด มีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ ๓ ร่วมกันวิเคราะห์ และตรวจสอบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สืบค้นมาได้ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลจากที่ได้จากการสืบค้นมาใช้ในการร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหา และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล รวมทั้งที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าแนวปฏิบัติควรมีแผนการสอนและคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์นำกลับไปทบทวนต่อที่บ้านร่วมด้วย

5. การสังเคราะห์และยกร่างแนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาได้รับมอบหมายจากคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติให้จัดทำร่างแนวปฏิบัติฯ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการวิเคราะห์และจัดระดับความน่าเชื่อถือในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งร่างแนวปฏิบัติที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) แผนการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว 3) คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว และ 4) แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำเสนอร่างแนวปฏิบัติฯ ต่อที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เพื่อร่วมกันพิจารณาและแก้ไข จนมีความเหมาะสมก่อนที่จะนำร่างแนวปฏิบัติฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและประเมินแนวปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป

6. การทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ศึกษาได้นำร่างแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษงานห้องคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1 คน และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือคือค่า $CVI = .80$ ขึ้นไปจึงถือว่าคู่มือนี้ มีความตรงและมีความครอบคลุมของเนื้อหา¹⁷

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการสืบค้น ได้งานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อมูลในการสังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติฯ จำนวน 21 เรื่อง นำมาจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งแบ่งเป็น 7 ระดับตามหลักการ ของ Melnyk และ Fineout-overholt ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 (หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) 4 เรื่อง ระดับ 2 (งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี) 5 เรื่อง ระดับ 3 (งานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมมีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม) 8 เรื่อง ระดับ 4 (งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือทำการศึกษาดูตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี) 4 เรื่อง นำมาสังเคราะห์ เป็นแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย 2) แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย 3) แผนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 4) คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ซึ่งขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ศึกษาได้นำเสนอต่อที่ประชุม ซึ่งขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายหลังจากนำเสนอคณะทำงาน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 30 กิจกรรมย่อยและได้นำเสนอเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ภายหลังให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งหลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ได้แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย 3 ขั้นตอน 42 กิจกรรมย่อย 2) แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย 3) แผนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 4) คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ซึ่งขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวก่อนให้ข้อมูล ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามหลักของ D-M-E-T-H-O-D โดยแบ่งเนื้อหาการให้ความรู้แยกเป็นวัน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงวันที่จำหน่าย และขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผลหลังให้ความรู้ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ดังนี้

วันที่ 1: ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวก่อนให้ข้อมูล ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพ ด้วยทำที่เป็นมิตรกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะนอนโรงพยาบาล/เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประเมินข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์/ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ค้นหาผู้ดูแลและมอบคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

วันที่ 1: ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหัวข้อ ของ Disease Medication Treatment ดังนี้

Disease การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความหมายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ ผลกระทบ ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือโอกาสเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำและคลอดก่อนกำหนด หากไม่สามารถยับยั้งได้

Medication การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก (Terbutaline /Nifedipine) วัตถุประสงค์

ของการให้ยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด วิธีการให้ยา ระยะเวลา และอาการข้างเคียงจากการให้ยา รวมทั้งยา กระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ที่มีน้อยกว่า 34 สัปดาห์

Treatment การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา

ในขณะนอนโรงพยาบาล ได้แก่ การนอนพักบนเตียง การให้สารน้ำการให้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และการประเมินการหดตัวของมดลูก ขณะนอนโรงพยาบาล

วันที่ 2: ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังยั้งการเจ็บครรภ์คลอด สำเร็จ ในหัวข้อของ Treatment Environment Health Out patient Diet ดังนี้

Treatment การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การนอนพัก การ

นับลูกดิ้น การประเมินการหดตัวของมดลูกที่บ้าน การปฏิบัติตัวเมื่อมีการเจ็บครรภ์การสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องมาโรงพยาบาล

Environment การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม การปรับแบบแผนในการดำเนินชีวิต ได้แก่ หลีกเลี่ยงการเดินขึ้นบันได บ่อยๆ โดยจัดห้องนอนใกล้ห้องน้ำ หลีกเลี่ยง การยืน หรือเดินนานๆ มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน หลีกเลี่ยงความเหนื่อยล้าจากการทำงาน หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องออกแรง และการหาคนช่วยในการแบ่งเบาภาระงาน

Health การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การผ่อนคลาย งดการออกกำลังกายที่เสี่ยงต่อการหกล้ม งดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ การงดใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ การ งดดื่มชา กาแฟ งดการมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นที่ห้วนหรือเต้านม การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลสุขภาพในช่องปาก

Out patient การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดทุก 1 สัปดาห์ การเข้าถึงบริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน โดย

ให้เบอร์โทรศัพท์ เพื่อโทรสอบถามอาการ และเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

Diet การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และครบ 3 มื้อ อาหารอ่อนย่อยง่าย เนื้อปลา นมไขมันต่ำ รับประทานอาหารผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารสุกๆดิบๆ อาหารรสจัด อาหารรสหวาน

วันที่จำหน่าย: ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลหลังให้ความรู้ ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ได้แก่ การตั้งคำถามเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม หากมีประเด็นปัญหาที่ยังไม่เข้าใจให้ข้อมูลเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาล ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน โดยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ได้เท่ากับ 1 และเห็นสมควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้ได้

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอดซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติโดยตรงกับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้มองเห็นและวิเคราะห์ปัญหาเอง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความตระหนักและมองเห็นถึงประเด็นปัญหาที่ควรพัฒนาร่วมกัน จึงเกิดความรู้สึกร่วมของการมีส่วนร่วมและเห็นความจำเป็นของการแก้ปัญหาหารือร่วมกันการนำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เน้นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

ร่วมมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ทำให้ได้รับความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และการที่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกทำให้มองเห็นปัญหาที่ชัดเจนและเป็นการแก้ปัญหาที่ต่อ ยอดจากสิ่งที่ได้ร่วมกันวิเคราะห์หามาซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง ทำให้ผู้ทำงานรู้สึกว่าการวิเคราะห์ ได้รับการตอบสนอง¹⁸ นอกจากนี้แนวปฏิบัติ ฯ นี้ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้แนวปฏิบัติที่ได้มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากผ่านกระบวนการวิจัย มีความทันสมัย เพิ่มความเป็นวิชาชีพพยาบาลที่มีความชัดเจนขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปิดโอกาสให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันทุกขั้นตอน อย่างไรก็ตามในขั้นตอนของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ยังไม่มีนโยบายในการซื้อฐานข้อมูลการสืบค้นงานนอกจากนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานซึ่งเป็นคณะทำงานยังมีข้อจำกัดในเรื่องทักษะการสืบค้นข้อมูล หากข้อจำกัดที่กล่าวมาข้างต้นได้รับการแก้ไข จะช่วยให้หน่วยงานห้องคลอดสามารถเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ครอบคลุมมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผลการประเมินแนวปฏิบัติฯ มีค่าดังนี้

ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ซึ่งเป็นความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และให้ข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์อีกครั้ง ทำให้แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย และบริบทของหน่วยงาน¹⁹

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดกำหนด ขั้นตอนการวางแผน

จำหน่าย มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีการประยุกต์ใช้แนวคิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเป็นรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอนทำให้เห็นบทบาทของพยาบาลที่ชัดเจนขึ้น เนื้อหามีความครอบคลุม และมีความเหมาะสมสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาล²⁰ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมหลายด้านทั้งแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ แนวปฏิบัติ ฯ ที่พัฒนาขึ้น ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการให้ความรู้ซึ่งเมื่อได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นการแสดงถึงความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น²¹ นอกจากนี้ยังช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย และคลายความเครียดลงได้²² การใช้รูปแบบของ D-M-E-T-H-O-D ในการวางแผนจำหน่ายทำให้แนวปฏิบัติ ฯ นี้มีขั้นตอนที่ชัดเจน ที่มากกว่าแนวทางในการให้ความรู้ ทำให้ทุกคนสามารถปฏิบัติปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันได้ นอกจากนี้ทุกขั้นตอนในแต่ละวันมีพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติลงชื่อไว้ซึ่งน่าจะช่วยให้การทำงานเป็นทีมได้ดีขึ้น และมีแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายสำหรับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เฉพาะเจาะจงช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้การมีแผนการสอนจะช่วยแก้ปัญหาของการวางแผนจำหน่ายแบบเดิมที่ต่างคนต่างสอนตามประสบการณ์เดิม ผู้รับบริการอาจไม่ได้ความรู้ครอบคลุมตามที่ควรได้รับ รวมทั้งการมีคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่พัฒนาขึ้น ก็ยังจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้านและน่าจะช่วยลดปัญหาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ใน
หน่วยงานห้องคลอด เพื่อค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติจริง มี
การประเมินผลการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขก่อน
นำไปใช้จริงข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำ
และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลา
ในการตรวจร่างแนวปฏิบัติพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล งานห้องคลอด
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนา
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- 1.Cunningham FG, Leveno KG, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
- 2.งานเวชระเบียน ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. รายงานประจำปี. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช; 2556.
- 3.วรพงศ์ ภู่งศ์. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน เยื่อน ดันนินันดร และ วรพงศ์ ภู่งศ์. (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์มารดาและทารก.
นิพนธ์และเรียบเรียง ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: พิมพ์; 2555; 109-122.
- 4.สายฝน ขวาลไพบูลย์. ดำรงคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: พี.เอ.อีฟวิง; 2553.
- 5.Food K, Malone FD. Prevention preterm birth. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 2012; 17: 58-63.
- 6.Smith V, Devane D, Begley CM, Clarke M, Higgdujgins S. A Systematic review and quality assessment of systematic review of randomized
trials of interventions for prevention and treating preterm birth. European Journal of obstetrics & Gynecology and Reproductive
Biology 2009; 142(1): 3-11.
- 7.ชนนทรว วนาภิรักษ์ และ ชีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน ชีระ ทองสง. (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ลักขมี
รุ่ง; 2555; 221-228.
- 8.เยื่อน ดันนินันดร. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
- 9.Petraglia F, Visser GHA. Prevention and management of preterm labour. Journal of Maternal-fetal and neonatal Medicine 2009; 2: 24-30.
- 10.พิสุทธิ ปทุมสุตร. (2556). การบริหารจัดการทางการพยาบาลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. ใน วิทยุ เรื่องชัยนิคม.บุญศรี จันทรรักษ์
กุล, ปัทมา พรหมสนธิ, นกมล ไชยสิทธิ์,จิตติมา รุจิเวชพงศธร, จินดามาส โกศลชื่นวิจิตร. (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วม
สมัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช; 2556; 93-100.
- 11.ฉายวสันต์ จันทรรักษ์. การรับรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว. (วิทยานิพนธ์).
ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
- 12.Stringer M, Gennaro S, Deatrick JA, Found S. Symptoms described by African American women evaluated for preterm labor. JOGNN
2008; 37(2):196-202.
- 13.Choijorhor R, Serisathien Y, Ratinthorn A, Kovavisarach E. The effect of nursing therapeutic on preventive management of preterm labor
readmission and gestational age at birth in pregnant women with preterm labor. Journal of Nursing Science 2009; 27(2): 39-48.
- 14.Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. Hospitalization for women with arrested preterm labor. Obstetrics & Gynecology 2005;
106(1): 14-18.
- 15.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
- 16.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
- 17.Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what' s being reported? critique and recommendations. Research in
Nursing & Health 2006; 29(5): 489-497.
- 18.เอมอร คำภักดี. การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. (รายงานการศึกษา
อิสระ). ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.

- 19.อภิรดี สิทธิรัตน์ ณ นครพนม. แนวทางส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม. (รายงานการศึกษาระยะ). ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
- 20.ชนิษฐา วรเชษฐ์. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดย ทีมสหวิชาชีพ ของเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. (รายงานการศึกษาระยะ).ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- 21.สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมอร รัตนธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 22(4): 58-71.
- 22.สุภาพร ชุณหปราณ. ผลการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีต่อความเครียดและการเจ็บครรภ์คลอดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง

The Quality of Life among Older Persons with Disabilities in Urban Community

นริสา วงศ์พานารักษ์¹, จุฑามาศ ขศโคตร², กัญจน์นิชา เยียคไชสง³

Narisa Wongpanarak¹, Juthamart Khotchakhote², Kunnicha Yiadthaisong³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง 2) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความพิการ จำนวน 73 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.854 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และ F-test (One-way ANOVA) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 77.18 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (S.D.=11.98) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.283$, $P - \text{value} .015$) ปัจจัยส่วนบุคคล อาชีพ รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.246$, $P - \text{value} .036$ และ $r = 0.277$, $P - \text{value} .018$ ตามลำดับ) และช่วงอายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($p - \text{value} = 0.041$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีความพิการ, คุณภาพชีวิต

Abstract

The purposes of this research were 1) to study the quality of life of the older persons with disabilities in urban community. 2) to study correlation between personal demographic data with quality of life among older persons with disabilities in urban community. The purposive sampling selected to study 73 cases. Research instruments were 1) personal demographic data 2) Quality of life questionnaires (WHOQOL-BREF-THAI) which had reliability of 0.854. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, stand deviation, spearman rank correlation and F-test (One-way ANOVA). The findings of this study indicated that most of the older persons with disabilities had moderate level of quality of life (Mean=77.18, S.D. =11.98). Personal demographic data, age, occupation and income correlated with quality of life ($r = -0.283$, $P - \text{value} .015$; $r = 0.246$, $P - \text{value} .036$; $r = 0.277$, $P - \text{value} .018$ respectively). Age group was significantly with quality of life ($p - \text{value} = 0.041$) The results suggest that healthcare provider should emphasis on physical health of older persons with disabilities to promote and enhance the quality of life in urban community.

Key words: The older persons with disabilities, Quality of life

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในปี 2558 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ทวีปเอเชียมีประชากรราวหนึ่งในสามของประชากรโลกมีประชากรสูงอายุประมาณ 508 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 56 ของประชากรสูงอายุทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับสองของอาเซียน คือ ร้อยละ 16 ของประชากร⁽¹⁾ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุย่อมส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลประเทศและสังคมโลก จะต้องมีการเตรียมการรองรับสถานการณ์นี้ ในขณะที่ประชากรเหล่านี้ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความพิการหรือทุพพลภาพ เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และอัตราความพิการของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555 พบว่าประชากรของประเทศไทยทั้งหมด 64 ล้านคนเป็นคนพิการถึง 1.4 ล้านคน ในจำนวนนี้อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุสูงถึง 0.85 ล้านคน⁽²⁾ และในการสำรวจคนพิการของข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ พบภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 697,911 คน คิดเป็นร้อยละ 40.44 ของประชากรคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการทั่วประเทศ สำหรับสถิติคนพิการในจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีจำนวนคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ถึง 25,485 คน⁽³⁾ และจากการสำรวจข้อมูลสมรรถนะคนพิการในเทศบาลเมืองมหาสารคาม ของศิรินาถ คงศิริ (2556)⁽⁴⁾ พบว่ามีจำนวนคนพิการในชุมชนเมืองทั้งสิ้นถึง 328 คนจะเห็นได้ว่าคนพิการในชุมชนมีจำนวนมากและในปัจจุบันมีแนวโน้มความเสียงต่อความพิการมากขึ้นทั้งในด้านอายุของประชากรที่ยืนยาวขึ้น ความเจ็บป่วย วิธีการดำรงชีวิต จึงต้องให้ความสำคัญต่อปัญหาสถานการณ์ความพิการในสังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ คุณภาพชีวิต ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิต

ภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล กรอบแนวคิดของคุณภาพชีวิตจึงเป็นการประเมินค่าตามการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิตในสังคม ซึ่งพึงแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม⁽⁵⁾ และยังคงสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งเน้นความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผ่านการช่วยเหลือทางสุขภาพด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพและสังคม ให้สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึงตามแนวคิดของการประเมินสมรรถนะของคนพิการตามหลักบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ⁽⁵⁾ คุณภาพชีวิตจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นภาพรวมของบุคคล จากการทบทวนการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุพบว่า ความแตกต่างกันของพื้นที่ภูมิภาคหรือบริบท มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต มีงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง^(1,6-10) ในขณะที่การศึกษาในกรุงเทพมหานครและภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง⁽¹¹⁻¹²⁾ และยังพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะการเงิน การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม การได้รับสวัสดิการ โรคประจำตัว การดูแลตนเอง และสุขภาพจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุในสังคม⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในแต่ละบริบท และศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ยังคงจำเป็นต้องศึกษาในแต่ละบริบทเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่ามาสู่การวางแผนและการจัดการที่สอดคล้องกับบริบทนั้นๆ นอกจากนี้ การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ผลการศึกษาพบว่า คนพิการโดยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ ดังนั้น หากผู้สูงอายุที่มีความพิการด้วยแล้วจะมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนจะมีการวางแผนให้การดูแลเพื่อเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างไร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจุบันที่สำคัญต่อการวางแผนให้การดูแลประชากรกลุ่มนี้อย่างครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชน และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

		เชิงลบ	เชิงบวก
ตอบ	ไม่เลย ให้	5 คะแนน	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย ให้	4 คะแนน	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง ให้	3 คะแนน	3 คะแนน
ตอบ	มาก ให้	2 คะแนน	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด ให้	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้ เป็นคนพิการที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม อายุ 60 ปีขึ้นไป สติสัมปชัญญะดี สื่อสารได้ สมรรถไจและยินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตจำนวน 26 ข้อ

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) รวมจำนวน 26 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตถ์วันรัตน์ และคณะ, 2554)

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ

13, 14, 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17,

18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาในเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข ผู้วิจัยจะทำการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย หลังจากนั้นนำเครื่องมือวิจัยมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี

Cronbach's alpha coefficient ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.854

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และระดับคุณภาพชีวิต ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ในการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิต และ F-test (One-way ANOVA) ในการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

เมื่อผู้วิจัยเสนอโครงร่างผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2558 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอความร่วมมือ รวมทั้งแจ้งให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธได้โดยไม่มีผลเสียใด ๆ และในการตอบแบบสอบถามจะไม่มีภาระเมตตาสหสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอหรืออภิปรายผลจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเมื่อตกลงเข้าใจการศึกษาให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) ร้อยละ 45.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.8 มีสถานภาพสมรสแบบ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 54.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 64.4 มีสาเหตุของความพิการมาจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 57.5 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 82.2 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 54.8

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.0 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.18 คะแนน เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน โดย

เรียงค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.2 ($\bar{X} = 24.71$, S.D. = 4.03) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.1 ($\bar{X} = 19.92$, S.D. = 4.24) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 ($\bar{X} = 18.47$, S.D. = 4.03) และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 ($\bar{X} = 8.37$, S.D. = 2.01)

3. วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง ผลการศึกษาพบว่า อายุ อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.283$, $P - \text{value} 0.015$; $r = 0.246$, $P - \text{value} 0.036$ และ $r = 0.277$, $P - \text{value} 0.018$ ตามลำดับ)

ตาราง 3 วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมือง

ตัวแปรทำนาย	(r)	p - value
เพศ	0.025	0.834
อายุ	-0.283*	0.015
สถานภาพสมรส	-0.116	0.330
ประเภทความพิการ	0.132	0.266
สาเหตุความพิการ	-0.065	0.583
อาชีพ	0.246*	0.036
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.277*	0.018
ระดับการศึกษา	0.185	0.118

*มีนัยสำคัญที่ 0.05

4. วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมืองที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน โดยใช้สถิติทดสอบ One-way ANOVA จากผลการศึกษพบว่า ช่วงอายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (p-value =

0.052) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 และคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 4 วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชนเมืองที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน โดยใช้สถิติทดสอบ

One-way ANOVA

คุณภาพชีวิต	F-test	p-value	Levene's Test	K-S test	ผลการทดสอบ
ด้านสุขภาพกาย	3.355	0.041*	0.421	0.057	มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
ด้านจิตใจ	2.417	0.097	0.425	0.200	มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.886	0.417	0.398	0.168	มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.866	0.425	0.199	0.052	มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.095	0.052	0.215	0.200	มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

*มีนัยสำคัญที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ ทำการทบทวนจากเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคามในปี 2550^(1,6,8,15) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุรับรู้คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะช่วงเวลา ที่ทำการศึกษาแตกต่างกัน มีการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม และเศรษฐกิจ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความพิการ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพเป็นไปได้อย่างลำบากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการ ($r = -0.283$, p-value .015) กล่าวคือ อายุที่มากขึ้น คุณภาพชีวิตก็ลดลง ซึ่งสนับสนุนการศึกษา ของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ(2554)⁽⁸⁾ ธาริน สุขอนันต์ และคณะ(2554)⁽⁹⁾ ชูดิเดช เจริญดอน และคณะ(2554)⁽¹⁰⁾ และ Ganesh Kumar et al.(2014)⁽¹⁶⁾ การศึกษาของ Rajasi et al. (2017)⁽¹⁷⁾ รายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีระดับคุณภาพ

ชีวิตอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความพิการมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัวที่เป็น ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีความชราที่กล่าวว่า การที่มีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะและเนื้อเยื่อที่ไม่สามารถถูกทดแทนได้⁽¹⁸⁾ ในผู้สูงอายุที่มีความพิการที่อายุมาก จะพบว่ามีความลำบากมากขึ้น ด้วยสภาพร่างกายเสื่อมโทรมตามวัยและข้อจำกัดของการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ยิ่งอายุมากยิ่งต้องพึ่งพิงคนอื่นมาก⁽¹⁹⁾ จึงทำให้มีปัญหาสุขภาพและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่ากลุ่มคนที่อายุน้อย จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความพิการที่อายุยิ่งมากขึ้น อาจมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า อาชีพและรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการ ($r = 0.246$, p-value 0.036; $r = 0.277$, p-value 0.036) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษา⁽²⁰⁻²¹⁾ ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต การศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554)⁽⁸⁾ พบว่า รายได้และฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ อาชีพ รายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁹⁾ อาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต⁽²²⁾ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีความพิการที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ยังมีรายได้ ย่อมแสดงถึงความสามารถที่ยังมีของตนเอง นำมาซึ่งรายได้และเกิดการยอมรับ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจต่อตนเอง จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²³⁾

ในการศึกษานี้ พบว่า อายุ อาชีพ และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวแล้วยังมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตนั้นมีอยู่หลายปัจจัย อาทิ การเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพ อายุและสัมพันธภาพในครอบครัว⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ โรคประจำตัว และการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ ปัญหาสุขภาพหรือการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽²⁴⁾ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽²²⁾ โรคเกี่ยวกับกระดูกและโครงร่าง การมีปัญหาด้านการมองเห็น และการมีปัญหาด้านการได้ยินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾ ดังนั้น ในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ให้ได้อย่างครอบคลุมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความพิการ นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่ต้องการการช่วยเหลือและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เหล่านี้นี้ ควรหาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามศักยภาพภายใต้บริบทของชุมชน รวมทั้งส่งเสริมให้มีอาชีพ เพื่อให้มีรายได้ อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการทำความเข้าใจผู้สูงอายุที่มีความพิการ และวางแผนการดูแลตลอดจนสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรกลุ่มนี้ในชุมชน โดยคำนึงถึงอายุที่แตกต่างกัน
2. หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ในชุมชน เพื่อตระหนักและให้ความสำคัญกับการหาวิถีหรือกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้เป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง ครอบคลุมการมีอาชีพ และรายได้เพื่อนำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว การดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองเห็น การได้ยิน การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น
4. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ข้อมูลในแง่มุมที่ละเอียดขึ้น และได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น โดยการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การศึกษากรณีศึกษา หรือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น

2.3 ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ขยายผลต่อไปและเปรียบเทียบต่างบริบทต่างพื้นที่ และสามารถศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขยายกว้างขึ้นในเชิงสำรวจที่ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จีราพร ทองดี และคณะ. “ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้”. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 22(3) : 88-99, 2555.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติทางการ สาขาประชากรศาสตร์. 2556. เข้าถึงได้จาก <http://osthailand.nic.go.th>.

3. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. **แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2555-2559)**. โรงพิมพ์เทพปัญญา สัย กรุงเทพมหานคร, 2556.
4. ศิรินาถ คงศิริ. “แนวทางการนำฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน”. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 7(1) : 99-113, 2556.
5. องค์การอนามัยโลก. **CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community-Based Rehabilitation)**. พรีเมี่ยม เอ็กซ์เพรส. กรุงเทพมหานคร, 2556.
6. บุญญพัฒน์ ไชยเมธ และคณะ. “คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 42(1) : 55-65, 2555.
7. เจริญชัย หมีนห่อ. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกายและตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม**. การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2-4 มิถุนายน 2553, 2553.
8. วิไลพร จำวงษ์ และคณะ. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 5(2) : 32-40, 2554.
9. ชาริน สุขอนันต์ และคณะ. “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 41 (3) : 240-249, 2554.
10. ชุติเดช เจียนดอน นวรัตน์ และคณะ. “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 41(3) : 229-239, 2554.
11. อุทัย สุดสุข และคณะ. **การศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร, 2552.
12. อารดา วีระเกียรติกิจาร. “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่”. **Veridian E-Journal, Silpakorn University**. 4: 1-19, 2554.
13. นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยภักดี. “คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย”. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 15(3). 64-70, 2557.
14. ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ. “คุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี”. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**. 28(2) : 98-109, 2554.
15. ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทโรทัยศรี. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมานิกม จังหวัดสกลนคร”. **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**. 19(2) : 55-64, 2555.
15. สุทิน จันทา และคณะ. “คุณภาพชีวิตการทำงานของคนพิการทางกายที่ผ่านการฝึกอาชีพจากศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ”. **วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์**. 1(2) : 103-114, 2554.
16. Ganesh Kumar S et al. “Quality of life(QOL) and Its Associated Factors Using WHOQOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. 8(1) : 54-57, 2014.
17. R.S. Rajasi et al. “Quality of Life and Sociodemographic Factors Associated with Poor Quality of Life in Elderly Women in Thiruvananthapuram, Kerala”. **Indian Journal of Public Health**. 60(3) : 210-215, 2017.
18. วลัยพร นันทสุกวัฒน์. **การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ**. หจก.ขอนแก่นการพิมพ์ ขอนแก่น, 2552.
19. ประเสริฐ อัลสันตชัย. **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท ชูเนี่ยน ศรีเอช จำกัด กรุงเทพมหานคร, 2554.
20. Ghosh S. et al. “Quality of life of older people in an urban slum of India”. **Psychogeriatrics**. 14(4) : 241-6, 2014.
21. Paiva MHP. et al. “Factors associated with Quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil”. **Ciencia & Saude Coletiva**. 21(11) : 3347-3356, 2016.
22. บุญเอื้อ ขงวามิช และปิยะดา ประเสริฐสม. “ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ”. **วิทยาสารทันตสาธารณสุข**. 14(1) : 57-73, 2554.
23. Tavares DMS. et al. “Quality of life and self-esteem among the elderly in the community”. **Ciencia & Saude Coletiva**. 21(11) : 3557-3564, 2016.
24. Cankovic S. et al. “Quality of life of people living in a retirement home”. **Vojnosanit Pregl**. 73(1) : 42-6, 2016.

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุข

Development of quality of life of elderly with dementia by the five happinesses

ประภาพรรณ โคมหอม¹, ประภัสสร ปรีเอี่ยม² และ วิมลมาศ ปฐมวนิชกุล³

Prapapan Komhom¹, Prapassorn Pree-iam² and Wimonmas Prathomwanichkul³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 2) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุขในชุมชน และ 3) ศึกษาผลลัพธ์จากการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุข ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 14 เดือน

ผลการวิจัยดังนี้ 1. บริบทด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความสัมพันธ์ระดับบุคคล และระดับครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน วิถีชีวิตชนบทเปลี่ยนเป็นวิถีชีวิตของชนกึ่งเมือง วิถีชีวิตและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเปลี่ยนไป ทุนทางสังคมเปลี่ยนไป การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน 2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุขที่เหมาะสมในชุมชน โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม ด้านเศรษฐกิจ และ ด้านสิ่งแวดล้อม การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับชุมชนในท้องถิ่น ต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นลำดับแรก การมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมครอบคลุมหลักเบญจสุข เช่นเดียวกันว่าจะต้องพัฒนาระบบการของภาคีเครือข่ายในการมีส่วนร่วม-โดยคำนึงฐานคิดของชุมชน คือ สร้างสุข สร้างคุณค่า ในวัยชรา อย่างมีคุณภาพ 3. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักเบญจสุข พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และ ด้านสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผลจากการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งภาครัฐ ภาคสังคม ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการประเมินจากแบบประเมิน ADL การประเมินความเครียด โดยชุมชนมีการจัดทำกิจกรรมที่แสดงให้เห็นคุณค่าและ ความสำคัญของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, คุณภาพชีวิต, หลักเบญจสุข

ABSTRACT

This participatory action research was aimed: 1) to study context of the quality of life of elderly with dementia in community; 2) to develop the suitable of the quality of life of elderly with dementia by the five happinesses in community; and 3) to study outcomes of developing the quality of life of elderly with dementia by the five happinesses. The participants were community stakeholders and 35 elderly with dementia in Non Khong Subdistrict, Ban Fang District, Khon Kaen Province. Data were collected as qualitative and quantitative terms during 12 months of the study period.

The study results were found as follows: 1. The quality of life for the elderly with dementia was found that relationships and ways of life in the family had changed. The relationships of individual and family levels have changed from a past to the present. The ways of a rural lifestyle have changed to be a semi-urban lifestyle. The social capita and the elderly care in family also have changed. The elderly with dementia had alone increasingly. It affects to the quality of life for the elderly with dementia that need for taking care by their family member and the community. 2. The development of the quality of life for the elderly with dementia by the five happinesses was aspects of including (1) physical, (2) psychological, (3) social, (4) economic, and (5) environments. The suitable of the quality of life for the elderly with dementia needed to improve the capacity of caregivers first. The participation of the community stakeholders makes the quality of life for the elderly with dementia covering as the five happinesses. Likewise, the process of the partners' participation in providing health service system for the elderly with dementia must be developed by the community and suitable for the context and social capita of Non Khong Subdistrict by considering of happiness and values making in the old age with quality. 3. The

¹นิสิตหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขานวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

²รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

³ป.ร.ด. นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น

elderly with dementia who were through the development of quality of life were found that the developments of physical, psychological, social, economic and environments have changed in a better. The results of taking care by caregivers and family caregivers, community elderly who have knowledge and attitudes of the elderly care as well as the community participation by government sector, local sector and the civil found that the elderly with dementia were more well-being and the improving of the quality of life based on the assessments of ADL (the daily activities of the elderly) and stress by the community had provided activities which demonstrated the values and importance of the elderly. The development had to modify the way of children and community's awareness to understand health status and behaviors of the elderly especially in their participatory action in society by the capable of folk song, handmade and traditional performance, which corresponds to measurement of the quality of life improved.

Keywords: Elderly, Dementia, Quality of life, The five happiness

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และได้คาดการณ์ไว้ว่าจะเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2563 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยได้มีประชากรวัยสูงอายุมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ จากการวิเคราะห์สถานการณ์สังคมไทยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังพบว่าวิถีชีวิตในแบบสังคมชนบทเปลี่ยนแปลงจากสังคมเครือญาติไปสู่สังคมปัจเจกมากขึ้น ในขณะที่ความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และช่วยเหลือเกื้อกูลกันเริ่มลดน้อยลง และพฤติกรรมที่เป็นส่วนตัวก็มีเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยความต้องการที่เป็นส่วนตัวนี้มีลักษณะต่างคนต่างอยู่และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในครอบครัว นอกจากนี้โครงสร้างครอบครัวก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวที่อยู่ด้วยกันแบบไม่ใช่วินัยและเป็นแบบรุ่นกระโดด⁽²⁾ ด้วยปัญหาด้านสุขภาพของประชากรวัยสูงอายุในพื้นที่พบการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทางกาย และปัญหาด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม⁽³⁾ ถึงแม้ว่าสมาชิกในครอบครัวมีความจำเป็นต้องออกไปประกอบอาชีพภายนอกก็ตาม ครอบครัวจึงยังเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดี และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

ชุมชนโนนหม่องมีการก่อตั้งครั้งแรก พ.ศ. 2446 ในช่วงเวลานั้นยังไม่มีสถานบริการทางด้านสาธารณสุข การ

ดูแลของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชนมีแนวคิดว่าเป็นการหลงลืมตามช่วงวัยอดีตที่ผ่านมา ภาระในการรับผิดชอบประชากรผู้สูงอายุมองทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นภาระหน้าที่โดยตรงของสถาบันครอบครัวการแก้ปัญหาหรือการเตรียมการเพื่อแก้ปัญหาสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลโนนหม่อง จึงเป็นภาระหน้าที่โดยตรงของสมาชิกในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีวิธีการรักษาโรคได้แก่ การเป่า การกินยาฝนหรือเป่า ซึ่งผู้รักษาได้รับการฝึกหัดมาจากบรรพบุรุษอีกครั้งหนึ่ง จากการศึกษาข้อมูลด้านภาระพึงพิงของวัยผู้สูงอายุในชุมชนโนนหม่อง จากแบบประเมินระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันมีผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.98 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.75 ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 963 คน คิดเป็นร้อยละ 95.25 และจากการใช้แบบประเมินความเครียด 2Q ผู้สูงอายุที่ระดับคะแนนมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 1.78

ข้อมูลการเจ็บป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนหม่องในปี 2559 พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนหม่อง ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดัน ข้อเข่าเสื่อม ปวดกล้ามเนื้อ จากข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการ ในปี 2559 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาส่วนใหญ่ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ และจากรายงานผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เสียชีวิตในปี 2559 ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย

การนำแนวคิดตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 5 หรือเรียกว่า “การดูแลตามหลักเบญจสุข” ประกอบไปด้วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ด้านความตระหนักเกี่ยวกับอาหาร ด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านสิ่งแวดล้อม⁽⁴⁾ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งได้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)⁽⁵⁾ ที่มุ่งพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

เพื่อตอบสนองให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างสมดุล การศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเบญจสุข โดยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและค้นหาวัตถุกรรมรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเบญจสุข

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเบญจสุขโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed methods) ประกอบด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นตัวนำและมีข้อมูลเชิงปริมาณเป็นตัวยืนยันกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแกนนำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จากหน่วยงานและองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนหม่อง ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน พยาบาล

วิชาชีพ 2 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานแพทย์แผนไทย 1 คน นักบริบาลชุมชน จำนวน 10 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จาก 10 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน โดยมีเกณฑ์เข้าสู่กลุ่มดังนี้ 1) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีเป้าหมายคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวมีผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตามหลักเบญจสุข และ 3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายปัจจัยเบญจสุขอย่างน้อยเดือนละ 4 ครั้ง หรือตามที่สมาชิกเครือข่ายนัดหมาย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลโนนหม่อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์ปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดำเนินการโดย 1) ทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลโนนหม่อง 2) การสัมภาษณ์เครือข่ายชุมชนในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในด้าน สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม 3) การสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและทีมนักบริบาลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเด็น ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรวมถึงปัญหาอุปสรรค ตลอดจนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนากลุ่มการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุขในพื้นที่ตำบลโนนหม่อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้กระบวนการเบญจสุข เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่ตำบลโนนหม่อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี 2 เดือน ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 - กุมภาพันธ์ พ.ศ.

2559 มีระยะเวลาที่ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิต และสภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชนในทุกฤดูกาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจข้อมูลบริบทของชุมชนซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับสภาพประชากร สภาพภูมิอากาศ การปกครอง สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ประเพณี เศรษฐกิจ สังคม การเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพ

2. แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ด้านความตระหนักเกี่ยวกับอาหาร ด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านสิ่งแวดล้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือและการปฏิบัติจากบุตรหลานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

3. แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ด้านความตระหนักเกี่ยวกับอาหาร ด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านสิ่งแวดล้อม

4. แบบสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

5. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดแบบสองตัวเลือก (ถูก/ผิด) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ด้านความตระหนักเกี่ยวกับอาหาร ด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

6. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านและการปฏิบัติกิจกรรมจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล โดยการบันทึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แนวคำถามสัมภาษณ์ (Interview) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participative observation) การสนทนากลุ่ม (Focus group)

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยกำหนดประเด็นเนื้อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการสนทนากลุ่ม และจัดทำแนวทางการสนทนากลุ่มให้สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ซึ่งถูกตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงทางเนื้อหา (Content validity) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับลักษณะ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.72-0.87 และปรับปรุงแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) แบบสามเส้า (Triangular methods) จากการใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม เพื่อให้บทสรุปมีความน่าเชื่อถือ การนำผลสรุปการวิจัยตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาครั้งนี้ได้เขียนพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและกลุ่มเป้าหมาย

ผลการวิจัย

1.บริบทชุมชน ชุมชนโนนฆ้องเป็นชุมชนกึ่งชนบท กึ่งเมือง ตั้งอยู่บนถนนสายมะลิวัลย์ ชุมชนอยู่ห่างจากถนนสาย

หลัก ประมาณ 6 กิโลเมตร คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเลื่อมในอดีตของชุมชนโนนฆ้อง พบว่า ในอดีตนั้นชุมชนโนนฆ้องมีลักษณะความเป็นอยู่และมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ประกอบไปด้วย พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยายและลูกหลานอยู่ร่วมกันหลายครอบครัว มีความรักใคร่กลมเกลียว ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นอย่างดี แต่ในสภาพปัจจุบัน ชุมชนโนนฆ้องเริ่มเปลี่ยนจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีโรงงานอุตสาหกรรมเกิดขึ้นในพื้นที่ตำบลโนนฆ้อง ทำให้วิถีชีวิตของชาวโนนฆ้องเกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามความเจริญที่เข้ามา ประชาชนเริ่มเข้าไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น การทำงานในโรงงานเป็นผลัด ลูกหลานไป

ทำงานนอกบ้าน ทำให้การเป็นอยู่ในระดับครัวเรือนเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น เช่น เวลาในการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ความอบอุ่นในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมจากการที่ถูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านและเรียนหนังสือ ส่งผลต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง

2.การพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุในพื้นที่มีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในระดับประเทศแต่ละพบปัญหาทางด้านสุขภาพที่มากกว่ากล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 85.9 ของประชากรผู้สูงอายุตำบลโนนหม่องมีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองและปัญหาการดำรงชีพคิดเป็นร้อยละ 63.5 โรคต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นบางโรคสามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพเช่น โรคที่เกี่ยวข้องกระดูกและข้อและกล้ามเนื้อซึ่งพบเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ค่อนข้างสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ สำหรับโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุตำบลโนนหม่องได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนั้นยังพบโรคที่เกี่ยวข้องหลอดเลือด โรคหัวใจ และระดับของไขมันในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโนนหม่องและโรคที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุดคือผู้สูงอายุสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลโนนหม่องพบผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.04

ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลโนนหม่อง มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีอยู่ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแล และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็น

ปกติสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยไม่เจ็บป่วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดภาระการพึ่งพาทางสังคมของผู้สูงอายุลงซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยเหตุผลข้างต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน รวมทั้งกิจกรรมที่ลงสู่หมู่บ้านเพื่อแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป

3.ผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนา

1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้ขับเคลื่อนกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) กิจกรรม “ออกกำลังกายคลายกล้ามเนื้อ” เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมญาติ หรือผู้ดูแล มีร่างกายที่แข็งแรง สดชื่น ลดความตึงเครียดเมื่อมีกิจกรรมการให้ความรู้ญาติและผู้ดูแลในการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การออกกำลังกายมีหลายวิธีและให้ผลดีแตกต่างกันไป ผู้ดูแลสามารถเลือกวิธีออกกำลังกายตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ความพร้อมของสถานที่ เวลา และอุปกรณ์การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ 2) ขับเคลื่อนกิจกรรม “อาหารตามวัย ใส่ใจผู้สูงอายุ” ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนหม่อง เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้มีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดปัญหาโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากภาวะน้ำหนักตัวเกิน ให้ได้รับพลังงานอย่างสมดุลกับกิจวัตรประจำวัน 3) ขับเคลื่อนกิจกรรม “ผู้สูงอายุสุขภาพดี” เป็นกิจกรรมการตรวจสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และบุคลากรทางการแพทย์ มีการตรวจสุขภาพเบื้องต้นที่สถานแต่ละหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลโนนหม่องจำนวน 10 หมู่บ้าน โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว มีการประเมินผลการตรวจร่างกายก่อนแลหลังการศึกษา โดยกิจกรรมมีการให้ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหลังจากทราบข้อมูลการตรวจร่างกาย และ 4) กิจกรรมกระตุ้นสมอง เป็นกิจกรรมการกระตุ้นสมองโดยผู้ดูแลหลัก

ในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการอบรมความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขได้ดำเนินการกระตุ้นสมองผู้สูงอายุสมองเสื่อมขับเคลื่อนร่วมกับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านกิจกรรมที่นำมาใช้ในการกระตุ้นสมอง... “การนับเลข การบวก” “การจำและการระลึก” และ “ฝึกฝนความเคยชิน” เช่น ถนัดการใช้มือขวา ให้เปลี่ยนมาใช้มือซ้ายแทน เป็นต้น ล้วนเป็นกิจกรรมการกระตุ้นสมองทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการฝึกสมอง

2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ กลุ่มเป้าหมายได้ขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตามแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยประยุกต์หลักพุทธธรรม ประกอบด้วย 1) ขับเคลื่อนกิจกรรมด้านความเชื่อและจิตใจผ่านกิจกรรม “หมู่บ้านศีล 5” เป็นกิจกรรมที่ขับเคลื่อนร่วมกับพระมหาสงกรานต์ อาทโรและคณะสงฆ์ในตำบลโนนฆ้อง โดยมีการจัดกิจกรรมทุกหมู่บ้าน จำนวน 10 หมู่บ้าน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฆ้อง มีกิจกรรมการจัดอบรมผู้สูงอายุรวมทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อมฝึกสมาธิเนื่องจากการทำสมาธิ คือการเจริญสติ ก็คือ การรู้ตัว รู้รอบ เริ่มจากกาย รวมทั้งการทำสมาธิแบบเคลื่อนไหว เช่น การเดินจงกรม การทำโยคะ ชี่กง หรือรำไทเก็ก ซึ่งก็คือการเจริญสติเมื่อสติตั้งมั่นสมาธิก็เกิด และ 2) ขับเคลื่อนกิจกรรมด้านความเชื่อและจิตใจผ่านกิจกรรม “หัตถกรรมผู้สูงวัย” เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรู้ความสามารถในด้านหัตถกรรมพื้นบ้านในการจัดกิจกรรมร่วมกับโรงเรียนในพื้นที่ตำบลโนนฆ้อง เป็นกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมคุณค่าในด้านจิตใจของผู้สูงอายุในการถ่ายทอดประสบการณ์การทำงานในด้านหัตถกรรมที่สั่งสมมาตลอดชีวิตให้แก่ลูกหลาน เพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่เยาวชนลูกหลานชุมชนโนนฆ้อง

3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคม กลุ่มเป้าหมายได้ขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้านสังคม ตามแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านต้นทุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านต้นทุนทางสังคม ประกอบด้วยขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาชีวิตทางด้านสังคม “กลางลานสานฝัน”

เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมที่มีการจัดกิจกรรมของผู้ดูแลหลักในครอบครัวร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน กระบวนการนี้มีการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการทำกิจกรรมสันทนาการอื่น มีการเดินตาราง 9 ช่อง ร่วมกับการเล่นดนตรีพื้นบ้าน ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้มีการผ่อนคลายร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชนเกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุได้มีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

4) การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ กลุ่มเป้าหมายได้ขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้านเศรษฐกิจ เป็นกิจกรรมที่เกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาคสังคม ภาคท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคประชาชน ประกอบด้วย 1) ขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ “กิจกรรมกลุ่มทอเสื้อผ้าชิต” เป็นกิจกรรมการสร้างรายได้ของประชาชนในพื้นที่ตำบลโนนฆ้อง รวมทั้งกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน เป็นการหารายได้โดยผู้ดูแลหลักสามารถใช้เวลาในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ และ 2) ขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ “กิจกรรมทำงานในบ้านสร้างสุข” เป็นกิจกรรมที่ภาคท้องถิ่นจัดหางานเพื่อเพิ่มรายได้ให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวโดยมีการทำงานในบ้านและได้อยู่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วย เนื่องจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวต้องปรับลักษณะงานให้เข้ากับภาระการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อบริหารจัดการที่ดี อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแล บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและเงินที่ได้รับก็เป็นเพียงจำนวนน้อย จึงเป็นการมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่นในการเข้ามามีส่วนร่วม

5) การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มเป้าหมายได้ขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้านสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคสังคมและภาคท้องถิ่น ประกอบด้วย 1) ขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ด้านสิ่งแวดล้อม “กิจกรรมร่วมสร้างบ้านแสนสุข” เป็นกิจกรรมที่เกิดจากการเชื่อมบ้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับเทศบาลตำบลโนนฆ้องและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฆ้อง โดยมีการประเมินสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุโดยบุคลากรสาธารณสุขและเทศบาลตำบลโนนฆ้อง มีการระดมทุนจากภาคท้องถิ่นและภาคประชาชนในการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การปรับสภาพแวดล้อมของห้องน้ำ ที่พัก เป็นต้น

จากการศึกษาผลของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านการพัฒนาตามหลักเบญจสุข ซึ่งได้ศึกษาจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการประเมินความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักเบญจสุขมีคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไป เนื่องจากผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามมิติทั้ง 5 มิติ (หลักเบญจสุข) และมีการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชนและประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่าย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตมากขึ้นเนื่องจากได้รับการดูแลจากครอบครัว ลูกหลาน คนใกล้ชิดและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในชุมชนมีการจัดกิจกรรมที่แสดงให้เห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เช่น การจัดกิจกรรมวันเกิดร่วมกับกิจกรรมกลางลานในหมู่บ้าน ในชุมชนมีการทำงานร่วมกันทุกภาค มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมสูงโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพมีร่างกายแข็งแรง สมวัย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดปัญหาโรคแทรกซ้อนในผู้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีสุขภาพจิตดีโดยครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ลดค่าใช้จ่ายจากภาครัฐและเน้นการดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน เป็นผลมาจากการพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผลการประเมินความเครียด 2Q และ 9Q ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านการประเมินความเครียดก่อนเข้ากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีระดับคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนนจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40 หลังจากเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุข โดยผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรวมทั้งได้ร่วมกิจกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน พบว่า มีระดับความเครียดลดลง โดยมีระดับคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน 100%

ผลการประเมินความเครียด 2Q และ 9Q ในหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านการประเมินความเครียดก่อนเข้ากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีระดับคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.66 มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.34 หลังจากเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุข โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุตามหลักเบญจสุขและได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน พบว่า มีระดับความเครียดลดลง โดยมีระดับคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน 100%

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้จะเป็นนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งเป็นกระบวนการการจัดการแบบใหม่ที่คิดค้นขึ้นและนำไปสู่การพัฒนาสิ่งที่ได้จากองค์ความรู้ใหม่และจากประสบการณ์ของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการประกอบอาชีพ การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต และการเสริมสร้างสุขภาพ ว่าจะเป็นระบบตามภูมิสังคมของชุมชน ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคมตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและการพัฒนาตามบริบทของชุมชน การศึกษาครั้งนี้มีการขับเคลื่อนโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ชุดความรู้ที่มีอยู่ในท้องถิ่นซึ่งบูรณาการทั้งภูมิปัญญาไทยและภูมิปัญญา

สากลเข้าด้วยกันเป็นชุดความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไปได้

บริบทของชุมชนโนนฆ้องในอดีตเป็นชุมชนชนบททั่วไป วิถีชีวิตของคนในชุมชนดำเนินชีวิตตามขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวภาคอีสาน มีการอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เอื้อเพื่อเอื้อแผ่ช่วยเหลือกัน ครอบครัวยุคก่อนครวญขนาดใหญ่ ปู่ ย่า ตา ยาย ได้รับการดูแลจากลูกหลานที่อบอุ่น แต่ในสภาพปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจ ลูกหลานต้องทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุมีหน้าที่เฝ้าบ้าน ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโนนฆ้องและโรคที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุดคือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลโนนฆ้องพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่จำนวน 15 ราย ที่ต้องได้รับการดูแลจากลูกหลานอย่างใกล้ชิด แต่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายที่ต้องอยู่ตามลำพังเนื่องจากลูกหลานไม่ได้อยู่บ้านดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านคุณภาพชีวิต ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ แม้ว่าปัจจุบันแบบแผนการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในเขตเมืองมีแนวโน้มอยู่อาศัยตามลำพังและอยู่กับคู่สมรสมากขึ้น⁽⁶⁾ แต่หากสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ ห่างไกลยังคงให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารด้วยวิธีการติดต่อสื่อสารผ่าน เทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่อย่างสม่ำเสมอ และให้การสนับสนุนด้านเงินและวัตถุสิ่งของที่ทำเป็นแก่ ผู้สูงอายุ ก็เป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญวิทย์ บ่วงราบ (2550)⁽⁸⁾ ที่ได้พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการได้รับสวัสดิการอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านที่ผู้สูงอายุมีความต้องการมากที่สุดคือ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อนำมาดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้สังเคราะห์ผ่านมิติ 5 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีมิติที่มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลักในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อม โดยในอดีตภาครัฐและเครือข่ายจัดการด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการจัดการน้อย แต่ในสภาพปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 5 มิติเกิดการเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวยุคก่อนมีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุ สมองเสื่อมน้อยลงเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจ การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชนมีน้อยลง ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของผู้ดูแลหลักในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังมีไม่เพียงพอ กระบวนการการจัดบริการของภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่ความสำเร็จและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจารณ์ ลิขิตเลศล้ำ (2551)⁽¹⁰⁾ ที่ได้พบว่าความสามารถเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโนนฆ้อง กระบวนการที่เหมาะสมคือการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยการใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุขร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคือผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สังคมและชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของบทบาทผู้นำชุมชนและมีการทำงานของเครือข่าย มีการขับเคลื่อนกระบวนการโดยการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุข กิจกรรมกระตุ้นสมอง กิจกรรมกลางลานสานฝัน กิจกรรมหมู่บ้านศีล 5 โดยมีการประยุกต์เนื้อหาหลักสูตรและกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและทุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูมิวัฒน์ พรวนสุข (2558)⁽¹¹⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแลและให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาและได้บำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม และวัดผลจากคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 5 ด้าน รวมไปถึงการตรวจสอบสุขภาพ การประเมินผล ADL

(การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ) และการประเมินผลความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันสนั่นท์ แศดำ (2553)⁽¹²⁾ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในชุมชน ทำให้เกิดการกระตุ้นพัฒนาด้านสุขภาพะสังคม เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการตัดสินใจในการจะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดทำก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุกับคนในชุมชนทุกวัย

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเบญจสุขครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สังเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามมิติด้านสุขภาพและบริบทชุมชนในการศึกษานี้ หากจะนำการวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่นต้องคำนึงถึงทุนทางสังคม ความเข้มแข็งของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งมีบริบทของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันไป หากจะนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่นต้องมีการศึกษาอย่างละเอียดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2557.
2. ชาตรี นานชื่น. การสำรวจคณะศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2549.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฆ้อง. รายงานสุขภาพประจำปี 2557. จังหวัดขอนแก่น: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฆ้อง จังหวัดขอนแก่น, 2558. (เอกสารอัดสำเนา).
4. Masters, CL et al. *Amyloid Protein Precursor in Development, Aging and Alzheimer's Disease*. Springer Science & Business Media, 2013.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559). กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2554.
6. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: บริษัท พงษ์พาณิชย์ เจริญผล จำกัด, 2555.
7. Brandt, P.A. & Weinert, C. *The PRQ: A Social Support Measure*. NY: Nursing research, 1981.
8. ชาญวิทย์ บ่วงราบ. ความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในตำบลสาธังหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, 2550.
9. Stoltz, P.G. *Adversity Quotient Turning Obstacles into Opportunities*. NY: John Wiley & Sons, 1987.
10. วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ. ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยลักษณะทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ, 2551.
11. ภูมิวัฒน์ พรวนสุข. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดแพร่. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์ 2558; 10 (1): 77-87.
12. วันสนั่นท์ แศดำ. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนเทศบาล ตำบลหนองผึ้ง อำเภอสาร์ก จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนก
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน**

**Factors associated with the Prescribing error of part-time nurses at the Accident and Emergency
department. Community Hospital in North East, Thailand.**

กวาดล โสภารุ่งเรือง¹ ยุพา ถาวรพิทักษ์²

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสานเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ใบสั่งยาแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2559 – 30 พฤศจิกายน 2559 ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสานจำนวน 8,000 ใบสั่งยา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉลี่ยอยู่ที่ 34.37 ปี จำนวนปีที่ทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่า Median เท่ากับ 6 ปี โดยพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสั่งใช้ยา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.45 อายุของผู้ป่วย พบค่า Mean เท่ากับ 33 ปี และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 99.84 เหตุการณ์การสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน จำนวน 8,000 ใบสั่งยา พบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา 769 ใบสั่งยา (ร้อยละ 9.61, 95% CI 8.98-10.28) การศึกษาในครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน ดังนี้ 1) เพศของผู้ป่วย ได้แก่ เพศหญิง (OR = 0.74, 95% CI 0.63 – 0.86), 2) อายุของผู้ป่วย ได้แก่ ช่วงอายุ 6 – 11 ปี (OR = 1.83, 95%CI 1.26 – 2.67), ช่วงอายุ 12 – 20 ปี (OR = 1.44, 95%CI 1.00 – 2.08), ช่วงอายุ 21 – 60 ปี (OR = 2.17, 95%CI 1.48 – 3.18), 3) ความรู้ด้านการใช้ยา ได้แก่ ความรู้ระดับปานกลาง (OR = 1.28, 95%CI 1.14 – 1.43), 4) การขึ้นเวรก่อนหน้า (OR = 1.41, 95%CI 1.24 – 1.60)

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา, พยาบาลวิชาชีพนอกเวลา, Prescribing error, Part-time nurses

Abstract

The aim of this study was assess associated factors with the Prescribing error of part-time nurses at the Accident and Emergency department. Community Hospital in North East, Thailand. Using Cross-sectional study for prescription of part-time nurses at the Accident and Emergency department in June 1, 2016 - November 30, 2016. Out of the 8,000 prescription identified during the study.

result : The most nurses at the Accident and Emergency department are female (90.91 %). The mean of age was 34.37 years ($\pm$ SD 5.83). Number of years working in accident and emergency department of nurses found that the median at 6 years (Min = 0.001, Max = 15.29). The Most nurses have the knowledge of drug use are medium level. The samples have been prescribing. Found mostly female (52.45%). Age of the patients found that median at 33 years (Min = 0, Max = 99). And found that most patients without comorability (99.84%). The prescribing of part-time nurses. Accident and emergency department Community Hospital of the East of 8000 prescriptions were caused by errors in the prescribing prescription 769 (percent 9.61, 95% CI 8.98-10.28). Factors with the Prescribing error of part-time nurses at the Accident and Emergency department were : 1) Sex of patients include female (OR = 0.74, 95% CI 0.63 – 0.86), 2) Age of patients include Ages 6-11 years (OR = 1.83, 95%CI 1.26 – 2.67), Ages 12-20 years (OR = 1.44, 95%CI 1.00 – 2.08), Ages 21-60 years (OR

¹ ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลภูหลวง จังหวัดเลย

² รองศาสตราจารย์ ประจำ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

= 2.17, 95%CI 1.48 – 3.18), 3) Knowledge of drug use include Moderate-level (OR = 1.28, 95%CI 1.14 – 1.43), 4) working hour (OR = 1.41, 95%CI 1.24 – 1.60)

Keywords : Prescribing error, Part-time nurses.

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาเป็นปัญหาหนึ่งที่พบในกระบวนการใช้ยา ทั้งในสถานบริการทางการแพทย์และนอกสถานบริการ เป็นปัญหาที่พบในทุกๆ โรงพยาบาลทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ปัญหาจากความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาที่เกิดขึ้นทำให้ในปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ ความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญซึ่งต้องได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย⁽¹⁾ ปัญหาที่พบจากการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา เช่น การรักษาไม่ได้ผล ทำให้โรคหรืออาการผู้ป่วยยังมีอยู่ เกิดผลข้างเคียงหรือพิษจากยา เป็นต้น⁽²⁾ สำหรับในประเทศไทยปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาก็ถือเป็นปัญหาที่สำคัญและร้ายแรงพบมากถึงร้อยละ 81.2 ของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด

ปี 2558 พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา ร้อยละ 70 ของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด โดยเป็นความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาในขนาดที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไปมากที่สุด ร้อยละ 51.64 ซึ่งความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาทั้งหมดที่เกิดขึ้น เกิดจากพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นผู้สั่งใช้ยาพบมากที่สุดร้อยละ 63.79 ซึ่งความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จัดเป็นความคลาดเคลื่อนในระดับ C (เกิดความคลาดเคลื่อนไปถึงตัวผู้ป่วย แต่ไม่เป็นอันตราย) ร้อยละ 75.82 รองลงมาคือระดับ B (เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ไปไม่ถึงตัวผู้ป่วย) ร้อยละ 22.35 และ ระดับ D (มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม) ร้อยละ 1.83 ตามลำดับ

จากเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาแสดงให้เห็นว่าการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพที่ทำการตรวจรักษาแทนแพทย์เวรนอกเวลาราชการสามารถทำให้

เกิดความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลกระทบต่อคนไข้ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้นในขั้นตอนการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาไปถึงผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนไข้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นจากปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ใบสั่งยาแผนกผู้ป่วยนอกเวลาที่ได้รับการตรวจจากพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ใบสั่งยาแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2559 – 30 พฤศจิกายน 2559 ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Hosmer and Lemeshow (2000)⁽³⁾ ดังต่อไปนี้

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

จะได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 2,000 ใบสั่งยา ดังนั้นต้องใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 4,000 ใบสั่งยา แล้วทำการปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

อิสระ ด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) ดังสูตรต่อไปนี⁽⁴⁾

$$v_p = \frac{n_1}{(1 - \rho_{1.23...p}^2)}$$

เมื่อแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ ด้วยค่า 0.1-0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง โดยคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไป เพราะจะทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระในระดับค่อนข้างสูง (Multicollinearity) อีกทั้งยังต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่ากำลังสองของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5 ซึ่งจะได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อย่างน้อย 8,000 ใบสั่งยา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยานอกเวลาของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ
3. แบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรม STATA 10.1 ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Data) ในกรณีข้อมูลที่มีการกระจายของข้อมูลไม่เบ้ จะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และถ้าหากการกระจายของข้อมูลเบ้จะนำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (Categorical Data) นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ
2. ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน ที่ละตัวแปร โดยใช้การวิเคราะห์ลอจิสติกถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) หาค่า OR และช่วงความ

เชื่อมั่น 95% CI และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.25 มาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) ใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Back word elimination) เพื่อให้ได้โมเดลที่ดีที่สุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน พบว่าเป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน และเพศชาย จำนวน 1 คน มีอายุของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ยอยู่ที่ 34.37 ปี จำนวนปีที่ทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่า Median เท่ากับ 6 ปี โดยพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 9 คน และความรู้ระดับสูง จำนวน 2 คน (คะแนนสูงสุด 25 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน) ระดับการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้ง 11 คนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ตำแหน่งงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่ตำแหน่งงานอยู่ในระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 6 คน และระดับปฏิบัติการจำนวน 5 คน ตามลำดับ

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ที่ได้รับการสั่งใช้ยาจากพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสั่งใช้ยาจากพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน พบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.45) อายุของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาจากพยาบาลวิชาชีพ พบค่า Median เท่ากับ 33 ปี และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษานอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 99.84) การขึ้นเวรก่อนหน้า พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการสั่งใช้ยาจาก

พยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีการขึ้นเวรก่อนหน้า ร้อยละ 71.44 และได้รับการส่งไข้จากพยาบาลวิชาชีพที่มีการขึ้นเวรก่อนหน้า ร้อยละ 28.56 ตามลำดับ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินนอกเวลา เวิร์บามากที่สุด ร้อยละ 54.69 รองลงมาคือ เวิร์บเช้า (ร้อยละ 33.02) และเวิร์บดึก (ร้อยละ 12.29) ตามลำดับ

3. ความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้ของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ของความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้ของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

เหตุการณ์	จำนวน(ร้อยละ)	95% CI
ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้	7,231 (90.39)	89.72-91.02
เกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้	769 (9.61)	8.98-10.28

จากตาราง พบว่า เหตุการณ์การส่งไข้ของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน จำนวน 8,000 ใบส่งยา พบว่า ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้จำนวน 7,231 ใบส่งยา (ร้อยละ 90.39, 95% CI 89.72-

91.02) และเกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้ 769 ใบส่งยา (ร้อยละ 9.61, 95% CI 8.98-10.28)

โดยความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้ที่เกิดขึ้นสามารถจำแนกลักษณะความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้ได้ดังนี้ การส่งไข้ในขนาดมากเกินไปหรือน้อยเกินไปจำนวน 672 ใบส่งยา (ร้อยละ 87.39) รองลงมาคือ การส่งไข้ซ้ำซ้อน จำนวน 54 ใบส่งยา (ร้อยละ 7.02) การส่งไข้ในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม จำนวน 18 ใบส่งยา (ร้อยละ 2.34) การส่งไข้ที่มีวิธีทางให้ยาที่ไม่เหมาะสม จำนวน 12 ใบส่งยา (ร้อยละ 1.56) การส่งไข้ในอัตราเร็วการให้ยาไม่เหมาะสม จำนวน 6 ใบส่งยา (ร้อยละ 0.78) อื่นๆ เช่น การส่งไข้ที่ผู้ป่วยไม่ควรได้รับ จำนวน 6 ใบส่งยา (ร้อยละ 0.78) และการส่งไข้ที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ จำนวน 1 ใบส่งยา (ร้อยละ 0.13) ตามลำดับ

ช่วงเวลาปฏิบัติงานกับความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้ของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า เวิร์บเกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้มากที่สุด (ร้อยละ 63.20) รองลงมาคือ เวิร์บเช้า (ร้อยละ 25.88) และ เวิร์บดึก (ร้อยละ 10.92) ตามลำดับ

4. การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้ของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

ตาราง 2 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งไข้ของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

ปัจจัยเสี่ยง	ความคลาดเคลื่อน			Adjust OR (95% CI)	p-value
	จำนวน (769 ใบส่งยา)	ร้อยละ	จำนวนรวม (8,000 ใบส่งยา)		
เพศของผู้ป่วย					
ชาย	413	10.86	3,804	1	
หญิง	356	8.48	4,196	0.74 (0.63 – 0.86)	< 0.001
อายุของผู้ป่วย (ปี)					
ต่ำกว่า 5 ปี	108	6.46	1,672	1	
6 – 11 ปี	97	11.44	848	1.83 (1.26 – 2.67)	0.002
12 – 20 ปี	67	8.95	749	1.44 (1.00 – 2.08)	0.053
21 – 60 ปี	423	12.59	3,361	2.17 (1.48 – 3.18)	< 0.001

ตาราง 2 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพ
นอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

ปัจจัยเสี่ยง	ความคลาดเคลื่อน			Adjust OR (95% CI)	p-value
	จำนวน (769 ใบสั่งยา)	ร้อยละ	จำนวนรวม (8,000 ใบสั่งยา)		
มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	74	5.40	1,370	0.86 (0.51 – 1.46)	0.575
ความรู้ด้านการใช้ยา					
ระดับสูง (24 คะแนนขึ้นไป)	179	8.29	2,160	1	
ระดับปานกลาง (ต่ำกว่า 24 คะแนนลงมา)	590	10.10	5,840	1.28 (1.14 – 1.43)	< 0.001
การขึ้นเวรก่อนหน้า					
ไม่มีการขึ้นเวรก่อนหน้า	502	8.78	5,715	1	
มีการขึ้นเวรก่อนหน้า	267	11.68	2,285	1.41 (1.24 – 1.60)	< 0.001

*** Goodness-of-fit = 0.1503, ROC = 0.6219

*** ปัจจัยที่ควบคุมอิทธิพล (Confounding Factor) ได้แก่ เพศของผู้ป่วย, อายุของผู้ป่วย (ปี), ภาวะโรคร่วม, จำนวนปีที่ทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ปี), ความรู้ด้านการใช้ยา, การขึ้นเวรก่อนหน้า และช่วงเวลาปฏิบัติงาน

จากตาราง พบว่า ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศของผู้ป่วย, อายุของผู้ป่วย (ปี), ความรู้ด้านการใช้ยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน และเมื่อพิจารณาความสามารถในการทำนายโมเดลจากพื้นที่ได้โค้งเว้าโค้งอาร์โอซี พบว่า สามารถทำนายการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 62

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสานดังนี้

1) เพศของผู้ป่วย พบว่า เมื่อผู้ป่วยเพศหญิงได้รับการสั่งใช้ยาจากพยาบาลวิชาชีพ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง โอกาสที่ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาจะลดลง 0.76 เท่า หรือลดลงร้อยละ 24 เมื่อ

เปรียบเทียบกับผู้ป่วยเพศชาย (OR = 0.74, 95% CI 0.63 – 0.86) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anthony et al. (2013) พบว่า เพศหญิงเมื่อได้รับการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง โอกาสที่ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาจะลดลง 0.66 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย (OR = 0.66, 95%CI 0.48 – 0.92) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ในหออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลเฉพาะทาง TikurAnbessa ประเทศเอธิโอเปียของ Sada et al. (2015) ⁽⁵⁾ พบเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย (OR1.09, 95%CI 0.63–2.12) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันในขนาดและความแข็งแรงของร่างกาย รวมไปถึงส่วนสูงและน้ำหนัก ส่งผลต่ออาการเกิดจากความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาขึ้นได้

2) อายุของผู้ป่วย พบว่าช่วงอายุ 6 – 11 ปีทำให้ออกาสของการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1.83 เท่า (OR = 1.83, 95%CI 1.26 – 2.67), ช่วงอายุ 12 – 20 ปี 1.44 เท่า (OR = 1.44, 95%CI 1.00 – 2.08), ช่วงอายุ 21 – 60 ปี 2.17 เท่า (OR = 2.17, 95%CI 1.48 – 3.18) เมื่อเปรียบเทียบกับอายุของผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี และ

พบว่า ช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ไม่พบความแตกต่างของการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเปรียบเทียบกับอายุของผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี (OR = 0.84, 95%CI 0.51 – 1.46) แต่ขัดแย้งกับการศึกษา Anthony et al. ที่พบว่า ช่วงอายุ 65 – 74 ปี มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา 1.68 เท่า (OR = 1.68, 95%CI 1.04 – 2.73) แต่สอดคล้องกับการศึกษาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ในหออภิบาลผู้ป่วยโรงพยาบาลเฉพาะทาง TikurAnbessa ประเทศเอธิโอเปียของ Sada et al. (2015)⁽⁵⁾ ที่ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยามีโอกาสเกิดในกลุ่มผู้ป่วยในช่วงอายุ 18-50 ปี (OR = 9.77, 95%CI 2.08–45.86), มากกว่า 50 ปี (OR = 10.77, 95%CI 2.21–52.55) เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปี ทั้งนี้ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาในการศึกษานี้พบมากในวัยผู้ใหญ่ (21 – 60 ปี) วัยเด็กโต (6 – 11 ปี) และวัยรุ่น (12 -20 ปี) อาจจะเป็นเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนอกเวลาเป็นจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาขึ้นได้

3) ความรู้ด้านการใช้ยา พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านการใช้ยาในระดับปานกลางทำให้โอกาสที่ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาจะเพิ่มขึ้น 1.28 เท่า (OR = 1.28, 95%CI 1.14 – 1.43) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ระดับสูงซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับในหลายการศึกษา เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของ Lesar, Briceland, & Stein (1997)⁽⁶⁾ พบว่า ปัจจัยความรู้และการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านการรักษาด้วยยา ร้อยละ 30 ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาและการศึกษาสาเหตุและผลลัพธ์ของความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของ Dibib et al. (2006)⁽⁷⁾ พบว่า สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ร้อยละ 46.5 ซึ่งมาจากบุคคลขาดความรู้ (ร้อยละ 4.5) ซึ่งจะเห็นได้ว่า

การขาดความรู้ด้านการใช้ยาส่งผลต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาอันเนื่องมาจากความรู้ด้านการใช้ยาเป็นสิ่งจำเป็นที่ตัวพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความรู้ในระดับที่ดี อันเนื่องมาจากหากการขาดความรู้เรื่องการใช้ยาแล้วก็มีโอกาสส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มารับบริการได้

4) การขึ้นเวรก่อนหน้า หมายถึง การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีลักษณะการปฏิบัติงานต่อเนื่องกันมากกว่า 8 ชั่วโมงใน 1 วัน พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีการขึ้นเวรก่อนหน้า ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา 1.41 เท่า (OR = 1.41, 95%CI 1.24 – 1.60) เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ขึ้นเวรก่อนหน้าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของแพทย์ และความปลอดภัยในผู้ป่วยของ Rogers et al. (2004)⁽⁸⁾ พบว่าการปฏิบัติงานล่วงเวลาเพิ่มโอกาสการเกิดความคลาดเคลื่อนอย่างน้อย 1 เหตุการณ์เป็น 2.06 เท่า (OR = 2.06, p- value < 0.001) โดยการทำงานเป็นระยะเวลาดำเนินการยาวนานและการทำงานมากกว่า 12.5 ชั่วโมงใน 1 วัน มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ 3.29 เท่า (OR 3.29, p = 0.01) เมื่อเปรียบเทียบกับชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า 8.5 ชั่วโมงใน 1 วัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีการขึ้นเวรก่อนหน้าทำให้เกิดความเมื่อยล้าของพยาบาลส่งผลต่อความสามารถในการจดจำที่ลดลง ทำให้การสั่งใช้ยาหรือการคำนวณขนาดยาที่จำเป็นจะต้องใช้สติปัญหาในการคิดวิเคราะห์เพื่อสั่งใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด ถูกวิถีทาง รวมถึงการคำนึงถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยา สิ่งต่างๆเหล่านี้สามารถเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นได้หากผู้สั่งใช้ยาไม่มีความเมื่อยล้าจากภาระงานหรือมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสำคัญในการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา

ของพยาบาลวิชาชีพนั้นคือ ความรู้ด้านการใช้ยา โดยพบว่า พยาบาลที่มีความรู้ระดับปานกลางมีโอกาสทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาถึง 1.28 เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่มีความรู้ระดับสูง โดยจากการศึกษาพบว่า ประเด็นปัญหาที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในภาคอีสานที่ผู้วิจัยศึกษาหาความรู้ด้านขนาดของยาที่ใช้มากที่สุด คือ สั่งใช้ยาในขนาดที่มากเกินไป หรือน้อยเกินไป ระหว่างร้อยละ 81.16 ถึง ร้อยละ 95.46 นั้นหมายถึงอันตรายที่ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับจากการใช้ยาที่สั่งโดยพยาบาลวิชาชีพนอกเวลา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวหากพยาบาลผู้สั่งใช้ยาขาดทักษะความรู้ในการสั่งใช้ยา อาจส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผล ทำให้โรคหรืออาการผู้ป่วยยังมีอยู่ เกิดผลข้างเคียงหรือพิษจากยา สิ้นเปลืองยาโดยไม่ทำให้เกิดประโยชน์ ดังนั้นจากการผลการศึกษาในครั้งนี้จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาทักษะความรู้ด้านการใช้ยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เพื่อที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ด้านขนาดยาที่ดีในการสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการนอกเวลา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

2. ควรศึกษาชนิดของความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาควรแยกชนิดของความคลาดเคลื่อนให้มีความละเอียดมากขึ้น เช่น การสั่งใช้ยาในขนาดที่น้อยเกินไป หรือมากเกินไป เป็นต้น เพื่อที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุดได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ยุพา ถาวรพิทักษ์ ผู้ให้คำแนะนำในทุกขั้นตอนที่ได้ทำการศึกษา แก่ไข ขอบกพร่องต่างๆ และขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับทุกขั้นตอนในการวิจัยที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลืองานวิจัยฉบับนี้ให้สำเร็จ ล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (2555). รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) . ค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.shi.or.th/upload/Download/safety.doc>.
2. พัชร จรัสโรจน์กูร และ สุนันทา คาหา. (2545). การสำรวจความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลวังน้อย อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. การศึกษาอิสระปริญญาเกสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
3. Hosmer W D., & Lemshow S. (2000). **Applied Logistic Regression. 2 Edition.** England : Wold Health Organization.
4. Hsieh, F.Y., Bloch,D.A., & Larsen, M.D. (1988). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. **Statistics in medicine**, 17, 1623-1634.
5. Sada, O., Melkie, A., & Shibeshi, W. (2015). Medication prescribing errors in the medical intensive care unit of Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Research Notes**, 448(8), 1-7.
6. Lesar, T.S., Briceland, L., & Stein, D.S. (1997). Factors related to errors in medication prescribing. **The Journal of the American Medical Association**, 277(4), 312-317.
7. Dibbi, H.M., Abrashy, H.F., Hussain, W.A., Fatani, M.I., & Karima, T.M. (2006). causes and outcome of medication errors in hospitalize patients. **Saudi Med J**,27(10),1489-1492.
8. Rogers,A.E., Hwang, W.T.,Scott, L.D., Aiken,L.H., & Dinges, D.F. (2004). The workinghoursofhospital staff nurses and patient safety. **Health Affairs**, 23(4), 202-212.

รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ

A Model for Performance Efficiency Development of Psychiatric Caregivers in Buengkan Province.

จรรยา สุรารักษ์¹

Charoon suraruk¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.46 ความสามารถในการทำงานเป็นทีมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.29 การรับรู้บทบาทมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ - 0.28 และการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.40 2) รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 10 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ กิจกรรมระดมสมองค้นหาปัญหาในการทำงานร่วมกันเป็นทีม เรียนรู้การพัฒนากลุ่มและทีมงาน บทบาทและหน้าที่ การแสดงบทบาทสมมติ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การแสดงพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร กิจกรรมที่เสี่ยง และกิจกรรม 5 ส. 3) หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ แล้วเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความฉลาดทางอารมณ์ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การรับรู้บทบาท และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานโดยรวมและ เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ABSTRACT

This research aimed to (1) study causal factors affecting performance efficiency of psychiatric caregivers, (2) formulate a development model of performance efficiency of psychiatric caregivers, and (3) implement and evaluate the developed model of performance efficiency. The research procedures were divided into 3 stages. In the first stage, it was a quantitative research. The researcher investigated causal factors which directly and indirectly affected performance efficiency of psychiatric caregivers by formulating a model of performance as an outcome variable. Five causal factors used for the study were emotional intelligence, teamwork, good corporate membership, role perception and organizational climate. Sampling were two hundreds and six psychiatric caregivers in Buengkan Province and collected by using the questionnaire with reliability of .80. In the second stage, the researcher constructed the model for performance efficient development of psychiatric caregivers by using the study result from the first stage. Twenty-five involved persons were participated in the workshop to co-operatively criticized and evaluated the model for performance efficiency development. In the third stage, the researcher implemented the model. After three months of implementation, the model was evaluated by twenty-three psychiatric caregivers in Pakkhat district.

The major findings revealed the followings : 1. The developed causal factors showed harmony with the empirical data. Four causal factors with direct effects on performance efficiency of psychiatric caregivers were found including emotional intelligence ($\alpha = .46$), teamwork ($\alpha = .29$), role perception ($\alpha = -0.28$), and good corporate membership ($\alpha = 0.4$). 2. The development model of performance efficiency consisted of 10

¹ นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลปากคาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

activities : emotional intelligence assessment, brainstorming, thinking-tree, teamwork, human resource learning, role playing, good cooperated membership & behavior, mentors activity and 5S activities. 3. After the trail this model of performance efficiency of psychiatric caregivers result found that psychiatric caregivers showed higher performance efficiency as a whole and in each aspects : emotional intelligence, teamwork, good cooperated membership, role perception, organizational climate, and performance efficiency than before implementation of model with level of significance .05, Multivariate Tests and Univariate Tests.

Keywords : A Model for Performance Efficiency Development of Psychiatric Caregivers in Buengkan Province.

บทนำ

การทำงานด้านสุขภาพในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) มีการแข่งขันใน การทำธุรกิจด้านสุขภาพด้วยองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และจากสภาพเศรษฐกิจและบริบทสังคมของทุกประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้มีการแข่งขันกันสูงทั้งในด้านธุรกิจสุขภาพ และด้านการบริการ โดยทุกองค์กรต่างเน้นการผลิตสินค้าและการให้บริการ ที่มีคุณภาพ อีกทั้งความรวดเร็ว และวิธีการของการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง ความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างสูงสุด ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ หรือเอกชน ต่างเรียนรู้ที่จะพัฒนา และปรับตัวปรับปรุงองค์กรของตน ทั้งในด้านคุณภาพ และการจัดการเพื่อสร้างศักยภาพในการแข่งขันและการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน⁽¹⁾ ดังนั้น องค์กรธุรกิจเอกชนส่วนใหญ่วิธีที่ประสบความสำเร็จในปัจจุบันล้วนเป็นผลจากการปรับองค์กรให้มีความยืดหยุ่น มีการเรียนรู้ถึงวิธีการทำงานแบบใหม่ ๆ ที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของลูกค้า หรือผู้รับบริการที่ปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา คุณภาพการบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญและถูกนำมากล่าวถึงอย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ⁽²⁾ และในหลาย ๆ วิธีที่นำมาสู่ความสำเร็จขององค์กร ก็คือ การอาศัยการทำงานเป็นทีมงานที่มีความพร้อมเพรียง และประสานการทำงานเป็นอย่างดี เพื่อสร้างความพึงพอใจและตอบสนองความต้องการ ดังนั้น ผู้บริหารจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของผู้ให้บริการ โดยเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อส่งมอบการบริการที่มีคุณภาพ การทำงานเป็นทีมจึงสามารถพัฒนาบุคลากรให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ตนเองปฏิบัติ ตลอดจนสนใจที่จะเป็นสมาชิกของ

หน่วยงาน อันจะทำให้หน่วยงานได้รับผลงานสูงทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ⁽³⁾ และการทำงานเป็นทีมยังช่วยให้งานดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป้าหมายได้จากการตกลงร่วมกันของสมาชิกทั้งหมดของทีม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีมสูงทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในการทำทีมงานประสบความสำเร็จ⁽¹⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นด่านแรกสุดที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้องค์กรให้บริการด้านสุขภาพที่ได้รับผลความพึงพอใจสูงสุด และมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในด้านการให้บริการด้านสุขภาพขององค์กรคุณภาพของการให้บริการจึงเป็นหัวใจหลักของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการให้บริการที่เป็นเลิศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนได้มีการพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพให้กับองค์กรมาตลอด เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ที่มิชอบการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและโรงพยาบาลชุมชน ด้วยเหตุนี้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องมีความรู้ ความสามารถสูง มีการรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีความฉลาดทางอารมณ์ รู้เขารู้เรา เข้าใจเพื่อนร่วมงาน และลูกค้าหรือผู้มารับบริการ จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท การมีความฉลาดทางอารมณ์ ตลอดจนการเป็น

สมาชิกที่ดีขององค์กร และมีบรรยากาศของหน่วยงานที่ดี จะส่งผลต่อคุณภาพในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ เพื่อนำข้อค้นพบดังกล่าวมาสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ตลอดจนนำรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้และประเมินผลการทดลองใช้ต่อไป เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ให้ดีขึ้น ตลอดจนสร้างความเจริญต่อระบบสุขภาพ สังคม และระบบเศรษฐกิจของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อสร้าง “รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพ” การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Approach) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) พื้นที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ 8 อำเภอคือ อำเภอเมืองบึงกาฬ อำเภอปากคาด อำเภอโซ่พิสัย อำเภอพรเจริญ อำเภอสรีวิไล อำเภอเซกา อำเภอบึงโขงหลง อำเภอนุ่งคล้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 206 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เมษายน 2560 – สิงหาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มประชากรที่ใช้สำรวจหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 206 คน 2) ประชากรในพื้นที่ทดลอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอปากคาด จำนวน 23 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 206 คน⁽²⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิจัยระยะที่ 1 แบบสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ
2. การวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของร่างรูปแบบพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ สำหรับผู้เชี่ยวชาญ
3. การวิจัยระยะที่ 3 เครื่องมือวิจัย ได้แก่รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ และแบบสอบถามพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ ด้านบริการ และด้านสนับสนุน

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ โดยการสร้างแบบจำลองผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ที่มีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเป็นตัวแปรผลลัพธ์ มีปัจจัยเชิงสาเหตุ 5 ปัจจัย คือความฉลาดทางอารมณ์ การทำงานเป็นทีม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การรับรู้บทบาท และบรรยากาศของหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 206 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.80

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ไปสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คนมาร่วมกันวิพากษ์ และนำผลการเสนอแนะมาปรับปรุง และประเมินรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในจังหวัดบึงกาฬ เป็นเวลา 3 เดือน กับกลุ่มทดลองคือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่ อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 23 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติ การวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างโดยใช้โปรแกรม LISREL

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใน จังหวัดบึงกาฬตัวแปรที่ส่งผลต่อความสำเร็จการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุด คือ ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.46 รองลงมา คือ ปัจจัยการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.40 ลำดับต่อมา ปัจจัยการทำงานเป็นทีม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.29 และ ปัจจัยการรับรู้บทบาท ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ - 0.28

2. ผู้วิจัยได้นำเอาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยความสามารถในการทำงานเป็นทีม ปัจจัยการรับรู้บทบาท และปัจจัยการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มาพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนา 10 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ กิจกรรมระดมสมองต้นไม้แห่งความคิด การทำงานร่วมกันเป็นทีม เรียนรู้การพัฒนาบุคคลและทีมงาน บทบาทและหน้าที่ การแสดงพฤติกรรมสมมติ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การแสดงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร กิจกรรมที่เลี้ยง และกิจกรรม 5 ส.

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบพัฒนาประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ เพื่อพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ โดยใช้ 10 กิจกรรม มีประสิทธิภาพ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ จำแนกตามระยะเวลา

ประเด็น	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ความสามารถในการทำงานเป็นทีม	23	3.55	0.33	4.64	0.68
2. ความฉลาดทางอารมณ์	23	3.80	0.39	4.54	0.62
3. การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร	23	3.73	0.51	4.71	0.65
4. การรับรู้บทบาท	23	3.67	0.44	4.68	0.66
5. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน	23	3.65	0.49	4.60	0.61

ผลการทดสอบพบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความฉลาดทางอารมณ์ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การรับรู้บทบาท และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนตัวแปรก่อนและหลังการดำเนินการที่ละตัวแปรตามรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ

ตัวแปรตาม	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
1. ความสามารถในการทำงานเป็นทีม	13.609	1	13.609	58.358 [*]	.000
2. ความฉลาดทางอารมณ์	6.260	1	6.260	17.986 [*]	.000
3. การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร	10.869	1	10.869	30.247 [*]	.000
4. การรับรู้บทบาท	11.570	1	11.570	44.264 [*]	.000
5. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน	10.360	1	10.360	37.666 [*]	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่าปัจจัยความสามารถในการทำงานเป็นทีม ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ปัจจัยการการรับรู้บทบาท และประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน มีค่า Significant ที่ระดับ .000 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่าการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ทั้ง 5 ด้าน ก่อนและหลังการดำเนินงานรูปแบบพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าตัวแปรที่ส่งผลต่อความสำเร็จการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุด คือ ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.46 รองลงมาคือ ปัจจัยการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.40 ลำดับต่อมา ปัจจัยการทำงานเป็นทีม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.29 และ ปัจจัยการรับรู้บทบาท ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.28 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเอาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน มาพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนา 10 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ กิจกรรมระดมสมองค้นหาไม่แห่งความคิด การทำงานร่วมกันเป็นทีม เรียนรู้การพัฒนานักดูแลและทีมงาน บทบาทและหน้าที่ การแสดงบทบาทสมมติ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การแสดงพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดี

ขององค์กร กิจกรรมที่เลี้ยง และกิจกรรม 5 ส. และนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ผลจากการพัฒนาพบว่า

ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ สอดคล้องกับแนวคิดของ วิลเลียมส์ (2542 : 50) ⁽⁴⁾ ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ว่า เป็นความสามารถทางอารมณ์ของบุคคลที่เป็นปัจจัยของการทำงานให้ประสบความสำเร็จอย่างมีความสุขและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี ความฉลาดทางอารมณ์เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ตลอดชีวิต โดยหลักการสำคัญคือ การพัฒนาจิตของตนให้มีสติ มีระบบ และมีพลังก่อน เมื่อบุคคลสามารถรู้จักตนเอง ควบคุมได้ พัฒนาตนเองอยู่เสมอ บุคคลจะสามารถพัฒนาความสามารถในการทำงานและสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น สอดคล้องกับ สุสยาม อนันตสายนนท์ (2544 : 32-36) ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาอิทธิพลของลักษณะส่วนบุคคล เขาว์อารมณ์ระดับบุคคล และกลุ่มที่มีผลต่อประสิทธิภาพของทีม พบว่าเจ้าหน้าที่ ที่มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันจะมีประสิทธิภาพของทีมงานแตกต่างกัน โดยเจ้าหน้าที่ ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ระดับบุคคลสูงมี ประสิทธิภาพการทำงาน สูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ระดับบุคคลปานกลางและต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี สุกปลั่ง (2543 : 20-23) ⁽⁶⁾ ได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานส่วนหน้าในโรงแรม พบว่า พนักงานที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงจะมีโอกาสเป็นผู้ให้บริการที่ดีสูงเป็น 4.2 เท่า ของผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ปานกลาง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน และในการศึกษาของ ไพบุญย์ อินทิสันห์ (2544 : 85) ⁽⁷⁾ พบว่า พนักงานที่มีความ

ฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีพฤติกรรมการทำงานบริการสูงกว่าพนักงานที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ

ปัจจัยความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณฤดี เชาวศรีกุล (2544 : 16-18)⁽⁸⁾ ที่พบว่า ความสามารถในการทำงาน ความยืดหยุ่นของทีม ความหลากหลายในบทบาท และบุคลิกภาพควบคุมตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพของทีม การพยาบาล สอดคล้องกับ อัจฉรา สืบสงค์ (2540 : 38)⁽⁹⁾ ที่ได้สรุปปัญหาการทำงานเกี่ยวกับบุคลากรทางการพยาบาลไว้ ดังนี้ 1) ความไม่ชัดเจนในบทบาทของสมาชิกในทีม 2) ขาดเป้าหมายในการทำงาน 3) ขาดความร่วมมือในการทำงานของสมาชิกในทีม 4) ขาดมนุษยสัมพันธ์ เมื่อมีปัญหาความขัดแย้งกัน ไม่มีการประชุมปรึกษาหารือกัน 5) ขาดความรู้ในการเป็นผู้นำทีม 6) ในการทำงานเป็นทีม ไม่มีการวางแผนการทำงาน และ 7) การประเมินผลและปรับปรุงงาน

การรับรู้บทบาทหน้าที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ สอดคล้องกับแนวคิดของ ยศวรรณ พิพัฒน์ศิริผล (2547 : 104)⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การรับรู้บทบาทเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับ ไพโรจน์ กลั่นกุหลาบ (2533 : 95)⁽¹¹⁾ หากบุคคลขาดความชัดเจนในการรับรู้บทบาท ก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของตนเองในการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ ด้วยขาดความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมที่ตนแสดงออกมานั้นเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ ซึ่งเป็นผลให้บุคคลมีความพึงพอใจในงานลดลง ในที่สุดก็เบื่อกว่าในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับ กิบนัน ไอแวนชีวิช และ ดอนเนลลี⁽¹²⁾ ได้จำแนกความขัดแย้งเกี่ยวกับบทบาทแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) ความขัดแย้งภายในผู้กำหนดบทบาท (Intersender Conflict) โดยมีผู้กำหนดบทบาทเพียงคนเดียว แต่มีพฤติกรรมสนองความต้องการจากงานที่ให้ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกัน 2) ความขัดแย้งระหว่างผู้กำหนดบทบาท (Intersender Conflict) เกิดขึ้นเมื่อพฤติกรรมการทำงานที่คาดหวังไว้ของผู้กำหนดบทบาทคนหนึ่งขัดหรือไม่ตรงกับความคาดหวังของผู้กำหนดบทบาทอีกบทบาทหนึ่ง 3)

ความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่กำหนดให้ (Interrole Conflict) เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลหนึ่งมีอยู่หลายบทบาทแต่ละบทบาทที่มีอยู่นั้นจะเกี่ยวกับความคาดหวังที่แตกต่างกันของบุคคลหรือเพื่อนร่วมงาน 4) ความขัดแย้งในบทบาทของผู้ครองตำแหน่ง (Job Incumbent Role) เกิดขึ้นเมื่อผู้ครองตำแหน่งนั้น พยายามที่จะให้ผู้อื่นได้ปฏิบัติต่อตัวเอง ในลักษณะที่สอดคล้องกับภาพหรือสิ่งที่เขาคิดเกี่ยวกับตนเอง ถ้าพฤติกรรมที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับความคิดเกี่ยวกับตน บุคคลก็จะต่อต้านพฤติกรรมที่คนอื่นคาดหวัง หรือก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทของบุคคลอื่นหรือในตำแหน่งของตนเองได้

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ผลของพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีความสำคัญทางบวกต่อความพึงพอใจในงาน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเต็มใจที่จะร่วมมือกับระบบขององค์กร ด้านของผลการปฏิบัติงานพบว่า พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงาน และมีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลาวัลย์ พร้อมสุข (2544 : 33)⁽¹³⁾ ที่พบว่า พนักงานที่มีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรมีแนวโน้มที่จะถูกผู้บังคับบัญชาประเมินว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานได้ดีกว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ ออร์แกน⁽¹⁴⁾ มีลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นบทบาทพิเศษ (Extra Role) นอกเหนือจากการทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย เป็นการตัดสินใจกระทำด้วยตัวเอง ไม่ตระหนักถึงผลตอบแทนขององค์กร และสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานที่ในองค์กรมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมตามบทบาท จึงควรมีการศึกษาวิจัยในการสร้างหลักสูตรอบรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร โดยอาจพัฒนาที่ตัวพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรโดยตรง หรือการพัฒนาทางอ้อม โดยผ่านตัวแปรเชิงสาเหตุ การรับรู้บทบาท และการทำงานเป็นทีม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.วิศณุ วิทยาบำรุง นายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ดร.คำไฟ พลสงคราม ผู้ช่วย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ดร.ฉลอง นาคเสน
สาธารณสุขอำเภอปากคาด นางสาววิไลลักษณ์ จำพันธ์
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลปากคาด ในการสนับสนุน

การทำงานในครั้งนี้ และให้คำแนะนำข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์จนทำให้ผลงานในครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี
ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอปากคาดทุก
คนที่เป็นกลุ่มทดลองและให้การสนับสนุน ทำให้ผลงานใน
ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถพร นกราวศ์. ผลของการใช้เบ็นซ์มาร์คิ่ง ในการพัฒนาการทำงานในทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการบริการของทีมการพยาบาล :
กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย :
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2546.
2. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทาง พยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2554.
3. สุพล วังสินธุ์. หลักในการพัฒนาบุคคล. ในวารสารแนะแนว, 2553.
4. วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลย์. การพัฒนาสติปัญญาทางอารมณ์เพื่อความสำเร็จในการทำงาน. ในวารสารพฤติกรรมศาสตร์, 2542.
5. สุสยาม อนันตสาขานนท์. อิทธิพลของลักษณะส่วนบุคคล เขว่นอารมณ์ระดับบุคคลและกลุ่มที่มี ผลต่อประสิทธิภาพของทีม. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2544.
6. จัตุรติ สุกปลั่ง. ผลของบุคลิกภาพและเขว่นอารมณ์ที่มี ต่อคุณภาพของการให้บริการตามการ รับรู้ของ หัวหน้างานของพนักงานส่วนหน้า
ของโรงแรมชั้นหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและ องค์การ บัณฑิต
วิทยาลัย : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.
7. ไพบุณย์ อินทิสันห์. ความฉลาดทางอารมณ์ ค่านิยมใน การทำงานและลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานบนสายการ
บินไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
2544.
8. วรณฤดี เขว่นศรีกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพความสามารถในการทำงานความหลากหลายในบทบาทและความยืดหยุ่นของทีมกับ
ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
9. อัจฉรา ลีบสงัด. ผลของกระบวนการกลุ่มต่อการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
10. ยศวรรณ พิพัฒน์ศิริผล. ปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักใน
โรงพยาบาลของรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิต
วิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2541.
11. ไพโรจน์ กลั่นกุหลาบ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความท้าทายในการปฏิบัติงานของครูประถมศึกษาในภาคกลาง. วิทยานิพนธ์การศึกษาคณะ
บัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการศึกษาศาสตร์ : มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2553.
12. Gibson, James L., Lvankevich, John M., & Donnelly Jr, James H. **Organization : Behavior Structure and Processes.** Plano, Texas :
Business, 1991.
13. ลาวัลย์ พร้อมสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีต่อองค์กรกับความ พึงพอใจในงานและผลการปฏิบัติงานของ
พนักงานกลุ่มบริษัท มินิเบ(ประเทศไทย). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมบัณฑิต
วิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2544.
14. Organ, Dennis W. **Organizational Citizenship Behavior : It's Construct Clean- Up Time.** Human Performance, 1997.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลต้นแบบในจังหวัดสกลนคร

The Factors that Affect to Quit Drinking Alcohol of Master People in Sakon Nakhon Province.

พิรพงศ์ ทองอั้ง¹ วุริพงษ์ ภักดีกุล²

บทคัดย่อ

แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ขณะที่ภาครัฐและภาคประชาชนพยายามกำหนดมาตรการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยลง รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จึงนำมาซึ่งการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลต้นแบบในจังหวัดสกลนคร จำนวน 214 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ใช้สถิติ Regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.5 อายุเฉลี่ย 48.62 (S.D=13.57) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 12,390.28 (S.D=13,199.22) บุคลิกภาพมีความมั่นใจ กล้าแสดงออก ร้อยละ 47.2 ประสบการณ์ในการดื่มครั้งแรก อายุ 12-18 ปี ร้อยละ 51.9 ระยะเวลาที่ดื่มเฉลี่ย 18.71 ปี (S.D = 3.09) สาเหตุที่ดื่มครั้งแรกคือ อยากลอง ร้อยละ 51.9 มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมาก ร้อยละ 81.3 ($\bar{X}$ =22.68 S.D = 2.03) มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับน้อย ร้อยละ 45.8 ($\bar{X}$ =157.06 S.D = 13.22) สามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แล้วเฉลี่ย 8.63 ปี (S.D = 8.69) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ อายุ เพศ การไปทำบุญตักบาตร การทำกิจกรรมส่วนรวม ปัญหาสุขภาพ ตำแหน่งรับราชการ รายได้ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกดื่ม คือ ปัจจัยด้านอายุ การทำบุญ ตักบาตร และปัจจัยด้านสาเหตุที่ทำให้เลิกดื่ม โดยสามารถร่วมกัน

Abstract

The trend of drinking alcohol beverages has increased in many countries around the world. While the government and public try to control alcohol consumption behavior to a minimum. As well as encouraging people to reduce ,to quit drinking alcohol beverages. Bring to the study of survey research. The study aimed to quit drinking alcohol. Factors relationship and factors that effect to quit drinking alcohol of 214 Master People in Sakon Nakhon Province . Using simple random Data collected using questionnaires between July - August 2015. Data was analyzed: 1) descriptive statistics include percentage, minimum, maximum, mean, standard deviation. 2) inferential statistics using correlation coefficient analyze the relationship between early variant and the dependent variable. Using regression analysis factors affects the behavior to quit drinking alcohol.

The results shows that , mostly were male, 71.5 percent, the average age 48.62 (SD = 13.57) The average monthly income 12,390.28 (SD = 13,199.22) Confident personality, assertive, 47.2 percent. In the first drinking experience, age 12-18 years, 51.9 percent. The average duration of a year 18.71 (SD = 3.09). The reason for the first drink is want to try , 51.9 per cent. Having Knowledge about alcohol at high level of 81.3 per cent (= 22.68 SD = 2.03). The beliefs overall health found that the majority opinion about health at low level, 45.8 percent. (= 157.06 S.D = 13.22). Quit drinking alcohol has the average 8.63 years (S.D = 8.69). Factors that correlates to quit drinking alcohol for the level of statistical significance at 0.01 is age ,sex, to merit, to participate public activity ,health problem, positions, income. The factors affect to quit drinking alcohol is factor of age , factor of merit and factor causing to quit alcohol. Predict of quitting alcohol , 35.3percent. (R^2 = 0.353).

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร 47000ติดต่อผู้เขียน : took__1234@hotmail.com

² อาจารย์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร 47000

Therefore, it should encourage charitable activities and raise awareness about the reason to quit drinking alcohol in all age groups for the people can stop drinking alcohol even more.

Key words: Alcohol , Quit Drinking Alcohol of Master People

บทนำ

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มักจะไม่สามารถดื่มได้โดยไม่ผิดกฎหมาย จึงมีผู้นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นขณะเดียวกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้สร้างผลกระทบให้กับสังคมและผู้ดื่มเอง ทั้งในทางตรงและทางอ้อม จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอันเนื่องจากการดื่มสุราจาก 64 ประเทศทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 37.0-43.0 ในเพศชายและระหว่างร้อยละ 18.0-43.0 ในเพศหญิง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุให้เกิดการฆาตกรรม ร้อยละ 42.0 การกระทำความรุนแรง ร้อยละ 41.0 การล่วงละเมิดทางเพศ ร้อยละ 36.0 การลักขโมย ร้อยละ 33.0 ความพิการจากการดื่มสุราร้อยละ 6.0 (World Health Organization, 1999) สำหรับสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ประเทศไทย มีอัตราการดื่มในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 7.1 รองลงมาคือ ประเทศลาว ร้อยละ 7.0 และประเทศฟิลิปปินส์ ร้อยละ 4.7 ส่วนประเทศที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้แก่ อินโดนีเซีย สหภาพพม่า และมาเลเซีย ร้อยละ 0.6, 0.6 และ 0.9 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยนั้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ โดยพบว่า เป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียทางสุขภาพของประชากรไทย โดยพบว่าเพศชายมีความสูญเสียที่มากถึงร้อยละ 9.2 และสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอันดับหนึ่งในผู้ชายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาจากโรคตับแข็งซึ่งเป็นปัญหาที่สังคมไทยกำลังเผชิญอยู่และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ของคนไทย จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2554 พบว่า คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวน 16,992,017 คน ร้อยละ 31.5 ของประชากรผู้ใหญ่ สำหรับผู้ที่ไม่ดื่มนั้นมีจำนวน 32,189,553 คน ร้อยละ 59.7 และประชากร จำนวน 4,714,885 คน ร้อยละ 8.7 เป็นผู้ที่เคยดื่ม ความชุกของนักดื่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรผู้ใหญ่ชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ประชากรผู้ใหญ่หญิงที่ดื่มมีประมาณร้อยละ 11.0 ซึ่งเปรียบเทียบได้ว่า ประชากรผู้ใหญ่ชายมีความชุกการดื่มสูงกว่าประชากรผู้ใหญ่หญิงประมาณ 5 เท่า กลุ่มประชากรที่มีความชุกของนักดื่มสูงที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-59 ปี) ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชนผู้ที่อายุ 15-24 ปี ร้อยละ 23.7 สำหรับวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ดื่มร้อยละ 16.6 โดยพบว่า ประชากรชายดื่มมากกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีความชุกของการดื่มสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 33.1 และร้อยละ 28.6 โดยในระหว่าง 10 ปีที่ผ่านมาสัดส่วนของผู้ดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลนั้นสูงกว่าผู้ดื่มที่อยู่ในเขตเทศบาลตลอด สถานการณ์การดื่มในแต่ละภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือมีความชุกการดื่มสูงที่สุด ร้อยละ 39.4 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 37.2 ภาคกลางมีความชุกการดื่มร้อยละ 28.1 และภาคใต้ร้อยละ 18.8 ตามลำดับ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2554) จากการสำรวจในปี 2554 พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ 20.4 ปี ประชากรชายที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเริ่มดื่มที่อายุเฉลี่ย 19.4 ปี สำหรับประชากรหญิงเริ่มดื่มเฉลี่ยที่อายุ 24.5 ปี อายุเฉลี่ยประชากรที่เริ่มดื่มนั้นไม่แตกต่างกันมากนักในแต่ละภูมิภาค กลุ่มอายุประชากรที่อายุน้อยมีแนวโน้มเริ่มดื่มเร็วกว่ากลุ่มประชากรที่อายุมากกว่าโดยผู้ชายเริ่มดื่มก่อนผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ได้แก่ สุรา ร้อยละ 55 เบียร์ ร้อยละ 42.7 และไวน์ร้อยละ 0.6 นักดื่มไทยส่วนใหญ่นิยม

ดื่มสุรามากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น ผู้ดื่มในแต่ละภูมิภาคมีสถานที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 ลำดับแรกเหมือนกันคือร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อและร้านอาหาร

ส่วนสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของจังหวัดสกลนคร จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัดในปี 2556 พบความชุกในนักดื่มประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.1 อยู่ในลำดับ 16 ของประเทศและความชุกการดื่มในประชากรอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 19.6 อยู่ลำดับที่ 13 ของประเทศ กลุ่มอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 47.0 กลุ่มอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 42.1 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.4 ประเภทเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดคือ เบียร์ ร้อยละ 68.3 รองลงมาคือ สุราขาว ร้อยละ 65.0 และสุราสี ร้อยละ 43.2 ตามลำดับ มีสัดส่วนของนักดื่มแล้วมีปัญหา ร้อยละ 9.7 มีค่าใช้จ่ายในการซื้อเฉลี่ย 361 บาทต่อเดือน รูปแบบการดื่ม ดื่มในที่สาธารณะ ร้อยละ 56.9 ดื่มเป็นประจำ ร้อยละ 32.9 ดื่มแล้วขับ ร้อยละ 31.3 ดื่มหนัก ร้อยละ 13.9 และดื่มสุรานอกระบบภาษี ร้อยละ 5.9 ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด 0.523 อยู่ลำดับที่ 29 ของประเทศ แนวโน้มของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของจังหวัดสกลนคร และปัญหาผลกระทบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556)

จังหวัดสกลนครมีจุดแข็งในเชิงนโยบายในระดับจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนครให้ความสำคัญสนับสนุนให้ประชาชน ลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการประกาศเป็นนโยบายของจังหวัดสกลนครให้มีการจัดงานบุญประเพณีงานศพปลอดเหล้า ตั้งแต่ ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดและใช้กลไกของภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชนในทุกระดับในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว ได้มีการจัดทำประชาคมหมู่บ้านชุมชน เพื่อจัดงานบุญประเพณีงานศพปลอดเหล้าครบทุกอำเภอ จำนวน 18 อำเภอ มีหมู่บ้านเข้าร่วมประชาคม จำนวน 1,515 หมู่บ้าน 88 ชุมชน รวมเป็น 1,603 แห่ง ร้อยละ 100 ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานจัดงานศพปลอดเหล้าของจังหวัดสกลนครในเดือนพฤษภาคม

ปี 2557 พบว่า จังหวัดสกลนครมีการดำเนินการจัดงานศพปลอดเหล้าได้ ร้อยละ 99.7 โดยมีผู้เสียชีวิต จำนวน 402 ราย มีการจัดงานศพปลอดเหล้า จำนวน 401 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.7 สามารถลดค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 11,070,000 บาทและทำให้จังหวัดสกลนครเกิดบุคคลต้นแบบในการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในจังหวัดสกลนครตลอดชีวิต จำนวน 400 คน (รายงานการจัดงานศพปลอดเหล้าของสำนักงานสาธารณสุขสกลนคร, 2557) ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับวิธีการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นประโยชน์และทรงคุณค่า จึงได้ศึกษาลักษณะและปัจจัยการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของบุคคลต้นแบบในจังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลต้นแบบในจังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลต้นแบบในจังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลต้นแบบในจังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของบุคคลต้นแบบในจังหวัดสกลนคร การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2559

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนครที่มีประวัติดื่ม และได้เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่หนึ่งปีขึ้นไป และได้รับการคัดเลือกเป็นบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีรายชื่อในทะเบียนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ตั้งแต่ปี 2550 – 2558 ทั้งหมดจำนวน 214 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ระยะเวลาของการศึกษา พัฒนาเครื่องมือวิจัยและดำเนินการเก็บ

ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ในช่วงเดือนกรกฎาคม- สิงหาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปร แต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีทั้งคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง คำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามหนึ่งชุดประกอบไปด้วยเนื้อหา 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามจะสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน บุคลิกภาพ การดำรงตำแหน่งในชุมชน การคบเพื่อนในอดีต กิจกรรมที่ทำกับเพื่อน ความถี่ในการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน การตอบข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูลในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ คำตอบแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบเลือกคำตอบ และแบบปลายเปิดกรอกข้อมูลในช่องว่าง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อเป็นแบบเลือกคำตอบและแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีทั้งหมด จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็นสี่ตอน ตอนที่ 1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตราย จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบกำหนดระดับการรับรู้ในแต่ละหัวข้อเป็น 5 ระดับ ข้อคำถามในตอนที่ 2 ด้านการ

รับรู้ความรุนแรงของโรคและความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบกำหนดระดับการรับรู้ในแต่ละหัวข้อเป็น 5 ระดับ ตอนที่ 3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบกำหนดระดับการรับรู้ในแต่ละหัวข้อเป็น 5 ระดับ ตอนที่ 4 ด้านการรับรู้อุปสรรค ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการปฏิบัติตนในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นแบบเลือกตอบ ข้อคำถามมี จำนวน 9 ข้อกำหนดระดับการรับรู้ในแต่ละหัวข้อเป็น 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีขั้นตอน ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนน จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปทดลองเก็บข้อมูล

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคคลต้นแบบในการเลิกดื่มเหล้าในพื้นที่จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (ยุทธโกววรรณ, 2553)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ใช้สถิติ Regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.5 อายุเฉลี่ย 48.62 (S.D=13.57) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 12,390.28 (S.D=13,199.22) บุคลิกภาพมีความมั่นใจ กล้าแสดงออก ร้อยละ 47.2 ประสบการณ์ในการดื่มครั้งแรก อายุ 12-18 ปี ร้อยละ 51.9 ระยะเวลาที่ดื่มเฉลี่ย 18.71 ปี (S.D = 3.09) สาเหตุที่ดื่มครั้งแรกคือ อายากลอง ร้อยละ 51.9 มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมาก ร้อยละ 81.3 ($\bar{X}$ =22.68 S.D = 2.03) มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับน้อย ร้อยละ 45.8 ($\bar{X}$ =157.06 S.D = 13.22) สามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แล้วเฉลี่ย 8.63 ปี (S.D = 8.69) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 คือ อายุ เพศ การไปทำบุญตักบาตร การทำกิจกรรมส่วนรวม ปัญหาสุขภาพ ตำแหน่งรับราชการ และรายได้ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกดื่ม คือ ปัจจัยด้านอายุ การทำบุญ ตักบาตร และปัจจัยด้านสาเหตุที่ทำให้ให้เลิกดื่ม โดยสามารถร่วมกันทำนายการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้ร้อยละ 35.3 ($R^2 = 0.353$) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นกุศลและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนสามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากยิ่งขึ้น จากการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.5 มีอายุ มีอายุเฉลี่ย 48.62ปี (S.D=13.57) รายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 12,390.28 บาท (13,199.22) รายได้สูงสุดต่อเดือนอยู่ที่ 69,000 บาท และต่ำสุด 400 บาท ดำรงตำแหน่งเป็น ข้าราชการ ร้อยละ 30.8 และยังคงมองว่าการคบเพื่อนเป็นสาเหตุที่ทำให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 48.1 ประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกตอนอายุ 12 ปี สาเหตุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครั้งแรก คือ อายากลอง ร้อยละ 51.9 รองลงมาเพื่อนชักชวน ร้อยละ 30.4 และความทึบคณอง ร้อยละ 27.6 ตามลำดับ เครื่องดื่มที่เคื่อดื่ม เป็น เบียร์ ร้อยละ 71.5 รองลงมาเป็น เหล้าขาว ร้อยละ 61.2 สาโท ร้อยละ 61.2 สุราสี/สุราผสม ร้อยละ 43.0 และขาดองเหล้าร้อยละ 34.1 ลักษณะการดื่มที่ผ่านมา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพริชว ๆ ร้อยละ 71.0

รองลงมาผสมโซดา ร้อยละ 42.5 และผสมโซดาและน้ำ ร้อยละ 31.8 และยังดื่มกับเพื่อนสนิท ร้อยละ 49.1 ดื่มกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 32.7 ดื่มกับญาติ ร้อยละ 8.9 ระยะเวลาที่ใช้ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 1.55 ชั่วโมงต่อครั้ง (S.D = 1.31) ต่ำสุด 10 นาที สูงสุด 6 ชั่วโมง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มาจากการ ซื้อเอง ร้อยละ 64.5 เข้าภาพในงานบุญ/งานประเพณีจัดมาให้ ร้อยละ 19.2 เพื่อนสนิทซื้อมาฝาก ร้อยละ 8.4 และสถานที่ไปซื้อ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยที่สุดเป็น ร้านขายของชำ ร้อยละ 62.1 ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 10.7 และร้านขายอาหาร ร้อยละ 7.0 เคยมีอาการแสดง หลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่จะคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 43.0 เสียการทรงตัว อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 38.8 และมีอาการทางระบบประสาท การตอบสนองช้าลง ร้อยละ 2.1 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการดื่ม ส่วนใหญ่จะมีปากเสียวกับบุคคลในครอบครัว/เพื่อนบ้าน ร้อยละ 25.7 รองลงมา ได้รับบาดเจ็บ/ประสบอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 25.1 ตามลำดับ พฤติกรรมการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ระยะเวลาที่เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 53.3 เฉลี่ย 8.63 ปี (S.D = 8.69) สาเหตุที่ทานเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพราะเหตุใด รู้ถึงโทษ ภัย รู้ว่าไม่ดี ร้อยละ 34.1 รองลงมามีปัญหาด้านสุขภาพแพทย์ให้เลิก ร้อยละ 22.4 ต้องการประหยัดค่าใช้จ่าย ร้อยละ 20.0 ครอบครัวอยากให้เลิก ร้อยละ 16.4 สูญเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไป ร้อยละ 15.4 วิธีการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความตั้งใจจริง ร้อยละ 46.3 รู้จักปฏิเสธให้เป็น ร้อยละ 36.4 หักดิบ (หยุดทันที) ร้อยละ 34.6 ทบทวนตัวเอง ร้อยละ 24.8 ค่อย ๆ ลดปริมาณการดื่มลงร้อยละ 24.3 ตามลำดับ ความพยายามในการเลิกดื่มถึงเลิกได้สำเร็จ ส่วนใหญ่ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 77.1 เคยคิดจะเลิกมากที่สุด 12 ครั้ง บุคคลที่สนับสนุนเป็นในครอบครัว ร้อยละ 67.3 รองลงมา เป็นคนใกล้ชิดหรือญาติ ร้อยละ 10.3 และเพื่อนสนิท ร้อยละ 6.1 ส่วนแนวทางในการป้องกันและควบคุมปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มองว่า ควรการสนับสนุนให้จัดงานบุญ งานประเพณีปลอดเหล้าได้แก่ งานศพ งานบวช งานกฐิน และงานแต่งงาน ร้อยละ 70.1 รองลงมา มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ร้อยละ

61.7 สนับสนุนกำหนดให้มีพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชนให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 54.7 และสนับสนุนให้มีชุมชนต้นแบบในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชุมชนปลอดเหล้า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรสนับสนุนกิจกรรมการรณรงค์ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรสนับสนุนให้จัดงานบุญ งานประเพณี ปลอดเหล้า ได้แก่ งานศพ งานบวช งานกฐิน และงานแต่งงาน

1.3 ควรมีการบังคับใช้กฎหมายการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างจริงจัง และสนับสนุนกำหนดให้มีพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชนให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.4 ควรสนับสนุนให้มีชุมชนต้นแบบในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชุมชนปลอดเหล้า

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ควรส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นกุศลและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนสามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากยิ่งขึ้น

2.2 ควรส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้ประชาชน ลดเลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

2.3 ควรสนับสนุนการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ โดยใช้บุคคลต้นแบบเลิกเหล้าให้มีส่วนร่วมเพื่อขยายผลขององค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สู่ประชาชน

2.4 ควรส่งเสริมให้มีการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ประชาชน

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

3.1 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงทดลอง เพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยค้นคว้าเกี่ยวกับพิษสมุนไพรที่นำมาใช้ในการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.3 ควรนำประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน ตลอดจนนำไปใช้ในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากอาจารย์ ดร. วุฒิพงศ์ ภักดีกุล อาจารย์ ดร. วรินทร์มาศ เกษทองมา อาจารย์ ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง ที่ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและเสนอแนะงานวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ได้อำนวยความสะดวก สนับสนุนประสานงานการจัดเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ บุคคลต้นแบบเลิกเหล้าของจังหวัดสกลนครทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และขอขอบคุณ คณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนและให้ความรู้ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้ในการวิจัย ตลอดจนให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำด้านต่างๆ ด้วยความดีหรือประโยชน์อันใด เนื่องจากการวิจัยนี้ ขอมอบแด่บิดา มารดา ที่ได้ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจสำคัญ ทำให้การวิจัยประสบผลสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

1. กัณต์กนิษฐ์ ผลแจ้ง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. 2555.
2. กนิษฐา บุญเจริญธรรม. การศึกษาภาระโรคจากพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ. 2548.

- 3.เกษนภา กิ่งก้าน. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านวังตระคร้อ อำเภอมือง จังหวัดสุโขทัย. 2554.
- 4.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์. นนทบุรี, 2556.
- 5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานการจัดงานศพปลอดเหล้าของสำนักงานสาธารณสุขสกลนคร. 2557.
- 6.ภาวดี โคท่าโรงและคณะ. ประสบการณ์การเลิกดื่มสุรารายงาของผู้เคยติดสุรา.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ 2 ฉบับที่ 2. 2551.
- 7.วีรกานต์ สติฉินรามย์และคณะ. บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร.เลิกเหล้าเลิกเมา. รามาธิบดี. 2553.
- 8.ดร.พีรธร บุญยรัตน์ และคณะ. สถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน. โครงการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการลดผลกระทบทางสังคมจากสถานการณ์สุรากับเยาวชนไทยในอนาคต. กรมศึกษาจังหวัดพิษณุโลก, มหาวิทยาลัยนเรศวร 2555.
- 9.วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์.ปีที่ 9 ฉบับที่ 1. 2552.
- 10.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2. 2551.
- 11.นิตติยา ใจเสียง และคณะ. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ภาควิชาสถิติ. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. 2549.
- 12.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ. การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยในปีพ.ศ.2546. 2547.
- 10.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ. 2556.
- 11.สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ (ออนไลน์). 2554.
- 12.โรงพยาบาลพรหมพิราม, สถิติผู้รับบริการในคลินิกเลิกสุรา. 2548.
- 13.สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช กรุงเทพฯ, 2545.
- 14.พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. พฤติกรรมมนุษย์และพฤติกรรมสุขภาพ. ระบาดวิทยาสังคม. พี เอ ลีฟวิง จำกัด. กรุงเทพมหานคร, 2540.

ปัจจัยทำนายการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการคุมกำเนิด

Factors Predicting Long-Acting Reversible Contraception use in Postpartum Adolescent Mothers

Receiving Contraception.

เด่นละอง นาสึงยม¹, นิตยา สินสุกใส², จรรยา เจริญสุข³, กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์⁴

Denlaong Nasa-ngiem¹, Nittaya Sinsuksai², Janya Charoensuk³, Kitirat Tachatrisak⁴.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการคุมกำเนิด ที่หน่วยอนามัยเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นอายุ 12-19 ปี จำนวน 96 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรองความรุนแรง แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามการคุมกำเนิดหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส ไม่สามารถทำนายการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ ($p > .05$) กลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดระยะยาวและกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดระยะสั้นมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.50 และ 10.04 และกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดระยะยาวและกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดระยะสั้นมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.03 และ 65.54 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.9 เลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิด

คำสำคัญ : ปัจจัย/ มารดาวัยรุ่นหลังคลอด / ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด / ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด / ความรุนแรงจากคู่สมรส / วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว

Abstract

This research was a descriptive study aimed at investigating the predictive power of knowledge about contraception, postpartum depression, domestic violence, and social support on long-acting reversible contraception use in postpartum adolescent mothers receiving contraception at Siriraj Hospital. The participants consisted of 96 postpartum adolescent mothers. Six instruments were used to collect data, including; the demographic characteristics questionnaire, the knowledge about contraception questionnaire, the The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, the Abuse Assessment Screen, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and a postpartum contraception use questionnaire. Percentage, mean, standard deviation and logistic regression analysis were used to analyze data. The finding revealed that, postpartum depression, domestic violence could not predict long-acting reversible contraception use in the postpartum adolescent mothers ($p > 0.05$). The scale of knowledge about contraception both the sample not difference, mean 10.50 and 10.04. and the social support scale in both the sample who used long-acting reversible contraception and other method not difference, mean 68.03 and 65.54. The results also revealed that 72.9%

KEY WORDS : FACTORS / POSTPARTUM ADOLESCENT MOTHERS / KNOWLEDGE ABOUT CONTRACEPTION / POSTPARTUM DEPRESSION / DOMESTIC VIOLENCE / LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION.

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสังคมที่สำคัญ ปัจจุบันมีวัยรุ่นตั้งครรภ์และคลอดบุตรทั่วโลก ประมาณ ร้อยละ 11 แต่ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรของ มารดาอายุ 10-19 ปี ในปี พ.ศ 2557-58 อยู่ที่ร้อยละ 16.2 และ 15.3 ตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวง สาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 10⁽²⁾ นอกจากนี้พบวัยรุ่นตั้งครรภ์และคลอดซ้ำ ใน ปี พ.ศ 2558 ร้อยละ 12.2⁽¹⁾ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำและมีบุตร ติดกัน จะส่งผลกระทบต่อทั้งต่อตัวมารดาและทารก ทำให้มี โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะ คลอด และภายหลังคลอด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โลหิต ภาวะ ขาดสารอาหาร ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁽³⁾ รกลอกตัว ก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอด ทารกก่อนกำหนด ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด⁽⁴⁾

วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว เป็นวิธีการป้องกันการ ตั้งครรภ์ซ้ำได้ในระดับหนึ่ง ปัจจุบันใช้การฝังยาคุมกำเนิด และการใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด ซึ่งมีประสิทธิภาพในการ ป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 3-10 ปี⁽⁵⁾ การใช้ยาฝัง คุมกำเนิด พบมีอัตราการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 0.05-1 มีผล ในการคุมกำเนิดได้นาน 3-5 ปี ห่วงอนามัยคุมกำเนิดมี ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้นาน 3-10 ปี หากใช้ถูก วิธีพบมีอัตราการตั้งครรภ์น้อยกว่าร้อยละ 1⁽⁶⁾ ยาฝัง คุมกำเนิดและห่วงอนามัยคุมกำเนิด สามารถใช้ได้ทันที ในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด แต่พบว่ามารดาวัยรุ่นนิยม ใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะสั้น และมักจะคุมกำเนิดไม่ ต่อเนื่อง ไม่ถูกวิธี⁽⁷⁾ ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่น เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวภายหลังคลอด จะเป็น วิธีการที่ดีในการลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ⁽⁸⁾

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีปัจจัยหลาย ประการที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวใน มารดาวัยรุ่นหลังคลอด ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด⁽⁹⁾ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁽¹⁰⁾ ปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส

และการสนับสนุนทางสังคม⁽¹¹⁾ ความรู้เกี่ยวกับการ คุมกำเนิด จะทำให้ทราบถึงวิธีการใช้ ความปลอดภัย อาการข้างเคียง อัตราความล้มเหลวของวิธีการคุมกำเนิด ระยะเวลาและประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด วัยรุ่นที่มี ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด จะมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับ วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว และจะตัดสินใจคุมกำเนิดด้วย วิธีการดังกล่าวมากกว่ากลุ่มที่ขาดความรู้⁽⁹⁾ แตกต่างจาก การศึกษาของนาฏนฤมล ทองมี (2557)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ความรู้ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดใน มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอดได้ ($p > .05$) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ การเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางหรือรุนแรง มีการใช้ วิธีคุมกำเนิดระยะยาวต่ำ⁽¹⁰⁾ สตรีที่ได้รับความรุนแรงจากคู่ สมรสส่วนใหญ่จะไม่คุมกำเนิดภายหลังคลอด และมีอัตรา การคุมกำเนิดหลังคลอดต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับความรุนแรง⁽¹³⁾ และใช้ห่วงอนามัยน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับความรุนแรงจากคู่ สมรส⁽¹⁴⁾ มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี มารดา ญาติผู้หึงและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทีม สุขภาพ จะส่งผลให้เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว ภายหลังคลอด⁽¹⁵⁾

ในประเทศไทยการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ คุมกำเนิดระยะยาวหลังคลอดยังมีไม่มากนัก นาฏนฤมล ทองมี (2557)⁽¹²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของ มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด ได้แก่ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทัศนคติต่อการ คุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ผล การศึกษาพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถทำนายการ คุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลัง คลอดได้ ($p > .05$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดา วัยรุ่นหลังคลอดที่มารับการคุมกำเนิดที่หน่วยอนามัยเจริญ พันธ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศิริราช ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การ ได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส และการสนับสนุนทาง

สังคม โดยผลจากการวิจัยที่ได้ คาดว่าจะสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้าน ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มารับการคุมกำเนิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research design) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดสัญชาติไทย มีอายุระหว่าง 12-19 ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพและคุมกำเนิดหลังคลอด ณ หน่วยอนามัยเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มารดาและทารก สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว
- 2) มารดาวัยรุ่นคลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์)
- 3) ไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น
- 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) ไม่ได้ทำหมันหลังคลอด / ตัดมดลูก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้จากการทบทวนงานวิจัยของ Alemayehu และคณะ (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอำนาจในการทำนายการใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในสตรี ผลการศึกษาได้ค่า $OR = 7.04$ ผู้วิจัยได้นำค่าดังกล่าวไปคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*power 3.1.7 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power)

$= .80$ ค่า Odds ratio = 7.04 เมื่อแทนค่าในสูตรแล้วได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำในช่องว่างและแบบเลือกตอบ ถามเกี่ยวกับอายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความตั้งใจในการมีบุตร สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ บุคคลสำคัญที่ให้การสนับสนุนการคุมกำเนิดหลังคลอด ความตั้งใจในการคุมกำเนิดหลังคลอด

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด สร้างโดยนาฏนฤมล ทองมี (2557) ⁽¹²⁾ เพื่อใช้ในการศึกษาเรื่อง ปัจจัยปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 การแปลผล กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนสูงหมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมาก ค่าวนค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .74

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D) Scale) สร้างโดยแรดลอฟ (Radloff, 1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติและคณะ (2540) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบวัดนี้มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คะแนนมีค่าอยู่ในช่วง 0 – 60 คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 เป็นข้อบ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า ค่าวนค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .77

4. แบบคัดกรองความรุนแรง (Abuse Assessment Screen: AAS) สร้างโดย McFarlane, Parker, Soeken และ Bullock (1992) ใช้สำหรับคัดกรองความรุนแรงทางด้าน

ร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางเพศ มีข้อความจำนวน 5 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยนันทนา ธนาโนวรรณ (Thananowan, 2004)⁽¹⁶⁾ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ หากมารดาวัยรุ่นตอบ ใช่ ในข้อความข้อใดข้อหนึ่ง ให้ถือว่ามารดาวัยรุ่นเคยได้รับความรุนแรงมาก่อน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .71

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบวัดการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support : MSPSS) สร้างโดย ซิมเม็ต และคณะ (Zimet et al, 1988) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) โดย พัทธกัญ พลบุญมาลิก (Boonyamalik, 2005) เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยที่สุด) ถึง 7 (เห็นด้วยที่สุด) มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน ค่าคะแนนมากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมสูง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .75

6. แบบสอบถามการคุมกำเนิดหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อความปลายเปิดจำนวน 1 ข้อ ปลายเปิด 1 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่มารดาวัยรุ่นเลือกใช้ และบุคคลสำคัญที่ให้ความรู้และสนับสนุนในการคุมกำเนิดหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

2. สถิติเชิงอ้างอิง (inferential statistics) วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) หาอำนาจทำนายของ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการ

ได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส ต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสืออนุมัติเลขที่ EC 428/ 2559 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2559 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และขอให้มารดาวัยรุ่นที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย และในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงจากคู่สมรสและมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยจะดูแลเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก และทำการติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยอนามัยเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว เพื่อดำเนินการดูแลกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวต่อไป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 96 ราย เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 14-19 ปี อายุเฉลี่ย 17.79 ปี ร้อยละ 58.4 มีอายุระหว่าง 18-19 ปี ร้อยละ 40.6 มีอายุ 15-17 ปี ร้อยละ 42.7 เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 80.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ในด้านอาชีพ ร้อยละ 37.5 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 31.3 เป็นนักเรียนนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.5 ไม่มีรายได้ รายได้สูงสุด 45,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 12,422 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.6 ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-17 ปี ร้อยละ 16.6 ตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่น ร้อยละ 77.1 ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 55.2 ของกลุ่มตัวอย่างชำระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคลอดและการคุมกำเนิดเอง ร้อยละ 69.8 เคยมีประวัติการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 42.7 เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ บุคคลสำคัญที่ให้การสนับสนุนหรือยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างคุมกำเนิด

หลังคลอดในครั้งนี้ เป็นมารดาของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 58.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.9 ตั้งใจที่จะคุมกำเนิดหลังคลอดครั้งนี้ โดยวิธีการคุมกำเนิดที่ตั้งใจที่จะใช้มากที่สุด คือ ยาฝังคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมาคือ วิธีการฉีดยาคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 20.8 ในระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดจาก แพทย์ และพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.8 และจากบิดา - มารดาตนเอง ร้อยละ 58.4 วิธีการคุมกำเนิดที่มารดาเรียนรู้ เลือกลงในระยะเวลาหลังคลอดมากที่สุดคือ วิธีการฝังยา คุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 72.9 รองลงมาคือวิธีการฉีดยา คุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 21.9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.5 ได้รับความรู้จากคูสมรส กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.6 มี ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างมารดาเรียนรู้เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด ระยะยาวจำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 เลือกใช้วิธีการ คุมกำเนิดระยะสั้นจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 โดย ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวมี 1 ราย ที่มีอายุ 13-14 ปี ร้อยละ 82.1 มีอายุระหว่าง 15-17 ปี พบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 รายตั้งครรถ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 12- 14 ปี ที่คุมกำเนิดระยะยาวทั้งหมด และร้อยละ 78.7 ตั้งครรถ์ ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-17 ปี ร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างที่ ตั้งครรถ์ซ้ำคุมกำเนิดระยะยาว ร้อยละ 81.1 ไม่ได้ตั้งใจใน การมีบุตรครั้งนี้ ร้อยละ 80.1 ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช./ ปวส. ร้อยละ 89.5 มีสถานภาพสมรสหม้าย / หย่า / แยก พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขาย / ธุรกิจ ส่วนตัว จำนวน 6 ราย คุมกำเนิดระยะยาวทั้งหมด และร้อย ละ 80.6 ที่คุมกำเนิดระยะยาวและไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 81.8 ไม่มีรายได้ครอบครัว ร้อยละ 83.3 ใช้สิทธิการรักษา สวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 75.9 ไม่เคย คุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ไม่ ตั้งใจที่จะคุมกำเนิดหลังคลอดแต่คุมกำเนิดระยะยาวหลัง คลอดทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.2 ที่ตั้งใจ คุมกำเนิดหลังคลอดและคุมกำเนิดหลังคลอดด้วยวิธีการ คุมกำเนิดระยะยาว โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งใจคุมกำเนิดหลัง คลอดด้วยยาฝังคุมกำเนิดมีการคุมกำเนิดระยะยาวร้อยละ 94.1 พบร้อยละ 93.8 ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยคุมกำเนิดด้วย ถุงยางอนามัยใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวมากที่สุด บุคคล

สำคัญที่สนับสนุน /ยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างคุมกำเนิดหลัง คลอดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาว คือ กลุ่มตัวอย่าง ตัดสินใจคุมกำเนิดด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 88.5 กลุ่ม ตัวอย่างที่คุมกำเนิดระยะยาวส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการ เลือกลงวิธีการคุมกำเนิดระยะยาวหลังคลอดจากญาติ/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมาคือได้รับความรู้จากแพทย์ และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 67.1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด การได้รับความรู้จากคูสมรส และ การสนับสนุนทางสังคม และการคุมกำเนิดระยะยาวใน มารดาเรียนรู้หลังคลอด

ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาวมีค่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 17 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.50 (S.D = 3.17) และในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีการ คุมกำเนิดระยะยาว มีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการ คุมกำเนิด ต่ำสุด 6 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน ค่าคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 10.04 (S.D = 2.33)

ปัจจัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาวมีค่าคะแนนภาวะ ซึมเศร้าต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 35 คะแนน ค่าคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 13.85 (S.D = 6.41) และในกลุ่มตัวอย่างที่ ไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาว มีค่าคะแนน ภาวะซึมเศร้าต่ำสุด 7 คะแนน สูงสุด 31 คะแนน ค่า คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.42 (S.D = 5.27)

ปัจจัยการได้รับความรู้จากคูสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาว ได้รับความรู้จากคูสมรส จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อย ละ 78.9 ไม่ได้ได้รับความรู้จากคูสมรส จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.4 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้คุมกำเนิดด้วย วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว พบได้รับความรู้จากคู สมรสจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.1 ไม่ได้รับความ รู้จากคูสมรสจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.6

ปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาว มีค่า

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด 42 คะแนน สูงสุด 81 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.03 (S.D = 7.83) และในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาว มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด 40 คะแนน

สูงสุด 81 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.54 (S.D = 7.94)

ส่วนที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 1 ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการสนับสนุนทางสังคม (n = 96)

ตัวแปรอิสระ	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้)	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด (ค่าคะแนนที่ได้)	Mean (S.D.)
ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด	1 - 20	4 - 17	10.39 (2.97)
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	0 - 60	2 - 35	14.24 (6.15)
การสนับสนุนทางสังคม	12 - 84	40 - 81	67.41 (7.88)

จากตาราง 1 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 4 - 17 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.39 (S.D. = 2.97) คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ระหว่าง 2 - 35 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.24 (S.D. = 6.15) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 40 - 81 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.41 (S.D. = 7.88)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (n = 96)

ปัจจัย	β	OR	P-value	95% CI for EXP(B)	
				Lower	Upper
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	-.225	.798	.654	.298	2.140
การได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส	.355	1.426	.490	.521	3.905
Constant	-1.467	.231	.492		

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส ไม่สามารถทำนายการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มารับการคุมกำเนิดได้ ($p > .05$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาวและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้คุมกำเนิดระยะยาวไม่แตกต่างกัน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.50 (S.D = 3.17) และ 10.04 (S.D =

2.33) ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาวและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้คุมกำเนิดระยะยาวไม่แตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.03 (S.D = 7.83) และ 65.54 (S.D = 7.94)

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส ไม่สามารถทำนายการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มารับการคุมกำเนิด ที่หน่วยอนามัยเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศิริราชได้ ($p > .05$)

จึงสามารถอภิปรายผลได้ว่า อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ เช่น การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเกี่ยวกับการคุมกำเนิดตั้งแต่มาฝากครรภ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ที่คลินิกดาวชมพู ซึ่งเป็นคลินิกที่ให้การดูแลเฉพาะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีการติดตามดูแลเฉพาะราย ให้ความรู้และเน้นให้เห็นความสำคัญของการคุมกำเนิดระยะยาวตั้งแต่ยังไม่คลอด ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวตั้งแต่ยังไม่คลอด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดระยะยาวในระยะหลังคลอดจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่หน่วยอนามัยเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นการช่วยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวมากขึ้น

นอกจากนี้แบบแผนในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นไทยยังพึ่งพิงบิดา มารดาและญาติผู้ใหญ่ ทั้งในด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ และเชื่อว่าเจ้าหน้าที่เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดีที่สุด และเป็นผู้ใหญ่กว่า มีประสบการณ์มากกว่า คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่สอดคล้องกับไปในทิศทางเดียวกันน่าจะเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับเบนดูรา⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การให้คำแนะนำและสนับสนุนการคุมกำเนิดระยะยาวจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพทั้งในระยะตั้งครรภ์และภายหลังคลอด น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนการคุมกำเนิดระยะยาวทั้งในระยะตั้งครรภ์และภายหลังคลอดถือเป็นจุดสำคัญในการเพิ่มการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏนฤมล ทองมี (2557)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอดได้ ($p > .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Faisal-Cury, Menezes and Huang

(2013)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ไม่ส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Adjiwanou and N'Bouke (2015)⁽²⁰⁾ และ Tsai, Cappa and Petrowski (2016)⁽²¹⁾ ที่พบว่า การได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส ไม่สามารถทำนายการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดได้ ผลการศึกษานี้พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล (ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (การได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม) ไม่ส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก นโยบายการทำงานของหน่วยงาน เช่น แบบแผนการดูแล การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และการสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นคุมกำเนิดระยะยาว ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และภายหลังคลอดจากบุคลากรที่มสุขภาพ น่าจะเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพบว่าตัวแปรที่ศึกษาไม่สามารถทำนายการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ แต่จากการศึกษาในครั้งนี้มีข้อสังเกตที่พบตัวแปรที่น่าจะมีผลต่อการคุมกำเนิดระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่น ได้แก่ อายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดระยะยาว ร้อยละ 82.1 มีอายุระหว่าง 15-17 ปี อาชีพ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะยาวทั้งหมด ความตั้งใจในการมีบุตร โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดระยะยาวร้อยละ 81.1 ไม่ตั้งใจที่จะมีบุตร ความตั้งใจในการคุมกำเนิดหลังคลอด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย ตั้งใจที่จะคุมกำเนิดระยะยาว แต่มีการคุมกำเนิดระยะยาวหลังคลอดเพียง 46 ราย (ร้อยละ 68.7) และปัจจัยด้านความตั้งใจในการคุมกำเนิดหลังคลอดด้วยยาฝังคุมกำเนิด โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งใจฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด มีการคุมกำเนิดระยะยาวร้อยละ 94.11 การได้รับความรู้ในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดหลังคลอดจากแพทย์/พยาบาล โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีการคุมกำเนิดระยะยาว ร้อยละ 67.1

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดระยะยาว แต่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อย จึงควรที่จะมีการติดตามความต่อเนื่องในการคุมกำเนิดเป็นระยะๆ
2. ควรมีการศึกษาติดตามการเลือกใช่วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในมารดาวัยรุ่น ตั้งแต่อยู่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อการเลือกใช่วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ความตั้งใจในการมีบุตร ความตั้งใจ

ในการคุมกำเนิดหลังคลอด และแหล่งความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา สีนสุกใส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา เจริญสุข และ รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ และ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานขการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี. http://rh.anamai.moph.go.th/all_file. (สืบค้น วันที่ 29 ตุลาคม 2559).
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10. <http://bps.ops.moph.go.th/plan10.htm>. (สืบค้น วันที่ 8 สิงหาคม 2557).
3. Barnet, B., Liu, J., & DeVoe, M. "Double jeopardy: Depression symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers". *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 162(3): 246-252, 2006.
4. Ventura, W., Laveriano, J. V., & Redondo, C. N. "Perinatal outcomes associated with subsequent pregnancy among adolescent mothers in Peru". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 177: 56-60, 2012.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice. Bulletin No. 121: Long-acting reversible contraception: Implants and Intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 118(1): 184-196, 2011.
6. Black, K. I., & Kubba, A. "Non – oral contraception". *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*. 24(4): 111-116. 2014.
7. Martinez, G., Copen, C. E., & Abma, J. "Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010, National Survey of Family Growth". *Vital Health Stat*. 23(31). 2011.
8. Isquick, S., Chang, R., Bocanegra, H. T., Chabot, M., & Brindis, D. C. "Postpartum contraception and interpregnancy intervals among adolescent mothers accessing pubic surivces in California". *Maternal Child Health Journal*. : 1-8, 2016.
9. Dampsey, A. R., Billingsley, C. C., Savage, A. H., & Korte, J. E. Predictors of long- acting reversible contraception use among unmarried young adults. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 206: 526.e1-5, 2012.
10. Hall, K. S., Moreau, C., Trussell, J., & Barber, J. "Role of young women's depression and stress symptoms in their weekly use and nonuse of contraceptive methods". *J Adolesc Health*. 53(2): 241-248, 2013.
11. Chacko, M. R., Weimann, C. M., Buzi, R. S., Kozinetz, C A., Peskin, M., & Smith, P. B. "Choice of postpartum contraception: Factors predisposing pregnancy adolescents to choose less effective methods over long acting – reversible contraception". *Journal of Adolescent Health*: 1-8, 2016.
12. นาฏนฤมล ทองมี. ปัจจัยทำนายการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล. 2557.
13. Cha, S., Chapman, D. A., Wan, W., Burton, C. W., & Masho, S. W. "Intimate partner violence and postpartum contraceptive use: the role of race/ethnicity and prenatal birth control counseling". *Contraception*. 92: 268-275, 2015.
14. Mundhra, R., Singh, N., Kaushik, S., & Mendiratta, A. "Intimate partner violence: Associated factors and acceptability of contraception among the women. *Indian Journal of Community Medicine*. 41(3): 203-207, 2016.

15. Weston, M. R. S., Martins, S. L., Neustadt, A. B., & Gilliam, M. L. "Factors influencing uptake of intrauterine devices among postpartum adolescents: a qualitative study". **Am J Obstet Gynecol.** 206(40): e1-7, 2012.
16. นันทนา ธานีวรรณ. ความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ. วี พริน 1991. 2555.
18. Bandura, A. **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory**. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. 1986.
19. Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., & Huang, H. "The relationship between perinatal psychiatric disorders and contraception use among postpartum women". **Contraception.** 88: 498-502, 2013.
20. Adjiwanou, V., & N Bouke, A. Exploring the paradox of intimate partner violence and increased contraceptive use in Sub-saharan Africa. **Studies In Family Planning.** 46(2):127-142, 2015.
21. Tsai, L. C., Cappa, C., & Petrowski, N. "The relationship between intimate partner violence and family planning among girls and young women in the philippiness". **Glob J Health Sci.** 8(9), 54382, 2016.

ความรู้ และพฤติกรรมของพนักงานในการจัดการขยะติดเชื้อ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว

Knowledge and behavior of Staff in the management of infectious waste

ปราณีต สุดเจริญ¹

Praneet Sudjaroen

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความรู้ และพฤติกรรมของพนักงานในการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีวัตถุประสงค์ 1.เพื่อศึกษาความรู้ของพนักงานในกระบวนการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2.เพื่อศึกษาพฤติกรรมของพนักงานในกระบวนการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อในการเก็บข้อมูล ประชากรที่ศึกษาคือกลุ่มพนักงานที่มีหน้าที่ในการคัดแยก การรวบรวม การเก็บขน การบำบัด และการกำจัดขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ทั้งหมด จำนวน 70 คน สถิติที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สรุปผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ของพนักงานในการจัดการขยะติดเชื้อพบพนักงานมีระดับความรู้ในระดับมาก เนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีนโยบายในการจัดการความรู้ที่ชัดเจน และกำหนดให้พนักงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการจัดการขยะติดเชื้อเข้ารับการอบรมตามแผนปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของพนักงาน และแผนการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ประกอบกับพนักงานส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 3-5 ปี จึงถือว่ามีความเหมาะสมในการปฏิบัติงานระดับหนึ่ง ถึงแม้ว่าพนักงานทั้งหมดจะมีการศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษา ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติงานพบว่า การศึกษาพฤติกรรมทั้ง 3 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรในการจัดการขยะติดเชื้อ พฤติกรรมในการคัดแยกขยะติดเชื้อ และพฤติกรรมในการเก็บรวบรวมเข้าสู่แหล่งรวบรวม มีพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดหรือเป็นประจําเพราะมีการอบรมให้ความรู้พนักงานอยู่เสมอ และพนักงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานมาอย่างน้อย 3-5 ปี

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรม, การจัดการขยะติดเชื้อ

Abstract

This study is a study of knowledge And staff behavior in waste management of SaKaeo Crown Prince Hospital. Education Objective 1. To study staff knowledge in the waste management process of SaKaeo Crown Prince Hospital. 2. To study staffs' behavior in waste management process of Sa Kaeo Crown Prince Hospital. Instrumentation used in the study were questionnaires, knowledge and behavior in the management of infectious waste collected in the data collection.

The study population was composed of 70 staff members who were responsible for collecting, collecting, transporting, and disposing of infected waste of Sa Kaeo Crown Prince Hospital. Statistics used in the study are Frequency, Percentage, Mean, and Standard Deviation.

The results of the study showed that the knowledge level of staffs in waste management found that the knowledge workers were at a high level. Because of SaKaeo Crown Prince Hospital Has a clear knowledge management policy. The staff involved in the waste management process are trained in the capacity development plan. And knowledge management system development plan At least twice a year, and most staffs have 3-5 hours of work experience. Although all staffs are educated at the secondary level. Behavioral performance found that. The behavioral behavior of the personnel involved in the management of contaminated waste was studied. Behavior in the separation of contaminated waste. And the behavior of collecting into the collection. Most behaviors are at the most or regular level, because training is always provided to staffs. And most of them have been working for at least 3-5 years.

Keyword: Knowledge, behavior, management infection waste

¹ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทนำ

ในช่วงเวลากว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา สถานการณ์ทางประชากรของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และมีอัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็ว ปี 2539 ประเทศไทยมีประชากร 60 ล้านคน และมีการคาดประมาณว่าจะมีประชากร 70 ล้านคน ในปี 2562 โดยอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวขึ้น ทำให้ประชากรส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจากพฤติกรรมมากขึ้น และมีการพึ่งพาสถานพยาบาลภาครัฐมากขึ้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1.8 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2544 เป็น 3.4 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2552 การเข้าถึงบริการสุขภาพ การดำเนินการตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 49 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 75.3 ใน พ.ศ. 2548 และร้อยละ 68.5 ใน พ.ศ. 2552 การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาขยะติดเชื้อ (Infectious waste) ที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วยทั้งจากการให้บริการในผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การจัดการขยะติดเชื้อในปัจจุบันยังไม่มีระบบการบริหารจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลที่ชัดเจนและได้มาตรฐาน และให้ยึดถือปฏิบัติเหมือนกันทุกโรงพยาบาลมีเพียงการวางกรอบแนวทางที่จะจัดการ ทำให้การจัดการขยะติดเชื้อที่แหล่งกำเนิดตั้งแต่การแยกขยะซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการจัดการขยะติดเชื้อไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การจัดการขยะติดเชื้อต้องใช้บุคลากรเวลา และค่าใช้จ่ายมากขึ้น ปัญหาที่พบบ่อยครั้งจากการแยกขยะที่ไม่มีประสิทธิภาพคือ มีการทิ้งขยะอื่นๆปะปนในถังเก็บขยะติดเชื้อ การรวบรวมขยะติดเชื้อส่วนมากใช้ภาชนะบรรจุไม่เหมาะสมและฉีกขาดง่าย ไม่มีการทำลายเชื้อก่อนนำไปกำจัด จึงอาจจะเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ ดังนั้นการจัดการขยะติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งต้องเน้นความรู้และบทบาทของเจ้าหน้าที่ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดแยก การรวบรวม การเก็บขน การบำบัด และการกำจัด

ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าจึงสนใจศึกษาความรู้ และพฤติกรรมของพนักงานในการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ พร้อมทั้งเพิ่มความรู้ในการป้องกันเหตุอันตรายที่จะเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ในการกำจัดขยะติดเชื้อ และเป็นการป้องกันปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของขยะติดเชื้อ อันเนื่องมาจาก การคัดแยก การรวบรวม การเก็บขน การบำบัด และการกำจัดไม่ดี ส่งผลให้การจัดการขยะติดเชื้อขาดประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้ของพนักงานในกระบวนการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของพนักงานในกระบวนการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษา ความรู้ และพฤติกรรมของพนักงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะติดเชื้อ ในกระบวนการคัดแยก การรวบรวม การเก็บขน การบำบัด และการกำจัดขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2558 - กันยายน 2559 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ พร้อมทั้งเพิ่มความรู้ในการป้องกันเหตุอันตรายที่จะเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ในการกำจัดขยะติดเชื้อ และเป็นการป้องกันปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของขยะติดเชื้อ อันเนื่องมาจากการคัดแยก การรวบรวม การเก็บขน การบำบัด และการกำจัดไม่ดี ส่งผลให้การจัดการขยะติดเชื้อขาดประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและผลงานการศึกษาก่อนหน้านี้ที่เกี่ยวข้อง

2. จัดทำกรอบและแนวทางการศึกษาและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการจัดการขยะติดเชื้อ
3. แจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษา ให้ทราบแนวทางและวัตถุประสงค์ของการศึกษา
4. ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลวิเคราะห์และแปลผลการศึกษา
5. เสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการศึกษาไปแก้ไขปัญหาในการจัดการขยะติดเชื้อต่อไป

ประชากรศึกษา

กลุ่มพนักงานที่มีหน้าที่ในการคัดแยก การรวบรวม การเก็บขน การบำบัด และการกำจัดขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ทั้งหมด จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการปฏิบัติงานจริงในการจัดการขยะติดเชื้อของพนักงานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เป็นแบบให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติ ส่วนที่ 4 สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการขยะติดเชื้อเป็นแบบบรรยาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการแบบสอบถามมาวิเคราะห์ผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง กลุ่มงาน ประสบการณ์ในการทำงาน การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบ

แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ จำนวน 30 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ใช่หรือไม่ แปลผลคะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการปฏิบัติงานจริงในการจัดการขยะติดเชื้อ การวัดระดับพฤติกรรมของบุคลากรในการจัดการขยะติดเชื้อ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 4 สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการขยะติดเชื้อ การวิเคราะห์สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการขยะติดเชื้อ สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่และพรรณนาความตามเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาข้อมูล ของพนักงาน จำนวน 70 คน พบว่าประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-51 ปี รองลงมาคือ อายุ 51 ปีขึ้นไป และอายุระหว่าง 31-40 ปี การศึกษาพบว่าทั้งหมดมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา บทบาทส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน ด้านการคัดแยก รองลงมา คือ รวบรวมและการเก็บขนและนำไปกำจัดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 3-5 ปี รองลงมา 1-2 ปี น้อยกว่า 1 ปี มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี และระยะเวลาปฏิบัติงาน 5-10 ปี ได้รับอุบัติเหตุจากการทํางาน ส่วนใหญ่ไม่เคย รองลงมาคือเคย 1-2 ครั้ง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลพบว่าทั้งหมดเคยได้รับการอบรม

ความรู้เกี่ยวกับ การจัดการขยะติดเชื้อพบว่าประชากรศึกษามีความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อ ในเรื่องใบมีดโกน กระบอกลิดดา ถุงมือ ไม้พันสำลี ผ้าก๊อซ ผ้าพันแผล สำลี ที่ใช้แล้ว เป็นขยะติดเชื้อ อุจจาระ น้ำเหลือง น้ำมูก เสมหะ เศษ

ชั้นเนื้อของผู้ป่วย เป็นขยะติดเชื้อ เศษกระดาก เศษแก้ว ขวด ยา ไม่เป็นขยะติดเชื้อ การสัมผัสขยะ ที่มีการปนเปื้อนของ ขยะติดเชื้อ หรือการใกล้ชิดกับขยะติดเชื้อ อาจทำให้เกิดโรค ได้ การสัมผัสขยะติดเชื้อจำเป็นต้องสวมอุปกรณ์ป้องกัน เฉพาะ ขยะที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลไม่เป็นขยะติดเชื้อ ทั้งหมด การจัดการขยะติดเชื้อที่ไม่ดี ไม่ส่งผลกระทบต่อ ชุมชน ขยะติดเชื้อ ไม่สามารถทิ้งร่วมกับขยะประเภทอื่น ๆ ได้ ขยะติดเชื้อควรแยกและจัดเก็บในภาชนะเฉพาะ เช่น ถุงสี แดง ควรมีการจัดเก็บขยะติดเชื้อแยกต่างหาก การขนย้ายขยะ ติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ควรได้รับการอบรม ในการขน ย้ายอย่างถูกวิธี การขนย้ายขยะติดเชื้อ ควรมีรถขนย้ายเฉพาะ ขยะติดเชื้อ ไม่ควรนำไปใช้ในกิจกรรมอื่น ๆ การเก็บพักขยะ ติดเชื้อ จำเป็นต้องมีที่พักขยะเฉพาะ ไม่สามารถเก็บร่วมกับ ขยะทั่วไปได้ การขนย้ายขยะติดเชื้อ จำเป็นต้องกำหนดเวลา และเส้นทางการขนส่ง จำเป็นต้องติดข้อความหรือสัญลักษณ์ เช่น “รถขนขยะติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจกรรมอื่น ๆ” หลังจากเสร็จสิ้นภารกิจ ในการขนย้ายขยะติดเชื้อ ผู้ที่ เกี่ยวข้องต้องล้างมือ ล้างเท้า และทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ทันที ผู้ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรม การ จัดการขยะติดเชื้อ การคัดแยกขยะติดเชื้อที่มีคม ไม่ควรคัด แยกใส่ในลังกระดาก หรือกล่องกระดาก วิธีการกำจัดขยะติด เชื้อที่ดีที่สุด คือการเผาอยู่ในระดับมาก และสามารถเก็บ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ไว้ที่พักขยะติดเชื้อได้เกิน 7 วัน อยู่ ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมในการปฏิบัติงานในการจัดการขยะติด เชื้อ พบว่าประชากรที่ศึกษามีพฤติกรรมในการคัดแยกขยะ ติดเชื้อ ในเรื่องท่านมีการตรวจสอบถุงมือว่ามีรอยฉีกขาดทุก ครั้งก่อนปฏิบัติงาน ท่านไม่ดื่มสุราของมึนเมา ในขณะที่ ปฏิบัติงาน ท่านไม่รับประทานของขบเคี้ยวระหว่าง ปฏิบัติงาน ท่านมีการสวมผ้าปิดปากและจมูกในขณะที่ปฏิบัติ หน้าที่ ท่านมีการทำความสะอาดร่างกายหลังจากปฏิบัติงาน มีพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด เรื่องท่านมีการ สวมใส่ถุงมือยางหนาในขณะที่ปฏิบัติงาน มีพฤติกรรมการ ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เรื่องท่านมีการสวมแว่นตาหรือ

หน้ากากป้องกันในขณะที่ปฏิบัติงาน ท่านมีการสวมใส่รองเท้า พื้นยางหุ้มแข้งในขณะที่ปฏิบัติงาน มีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ ในระดับปานกลาง เรื่องท่านมีการสวมผ้าอย่างกันเปื้อน ในขณะปฏิบัติงาน มีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย และท่านมีการสวมหมวกคลุมผมในขณะที่ปฏิบัติงาน มี พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

พฤติกรรมในการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่าประชากร ที่ศึกษา มีพฤติกรรมในเรื่อง มีการแยกประเภทของวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคมท่านมีการแยกวัสดุมีคมลงกล่อง หรือถึงที่ ทำจากวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุ หรือการกัด กร่อนของสารเคมี และสามารถป้องกันการรั่วไหลของ ของเหลวภายในได้ ท่านบรรจุขยะติดเชื้อวัสดุมีคม ไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของความจุภาชนะ แล้วปิดฝาให้แน่นบรรจุในถุง ขยะติดเชื้อ มัดปากถุงให้แน่นก่อนนำไปกำจัด การคัดแยก ขยะติดเชื้ออื่น ซึ่งมีใช้ประเภทวัสดุของมีคม ต้องทิ้งลงถุงสี แดง ทึบแสง ทนทานต่อสารเคมี และการรับน้ำหนัก ไม่ฉีก ขาดง่ายกันน้ำได้ไม่รั่วซึม คัดแยกโดยมีข้อความสีดำว่า “ขยะ ติดเชื้อ” ใต้รูปหัวกะโหลกไขว้คู่กับตราหรือสัญลักษณ์ และ ต้องมีข้อความว่า “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” และ “ห้ามเปิด” โดย เค็ดขาด แล้วมัดปากถุงให้แน่นก่อนทิ้ง มีพฤติกรรมการ ปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด และเรื่องท่านบรรจุขยะติดเชื้อ ไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของความจุของภาชนะ มีพฤติกรรมการ ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

พฤติกรรมในการเก็บรวบรวมเข้าสู่แหล่งรวบรวม เรื่องท่านเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อทุกวัน ตามตารางเวลาที่ กำหนด ท่านขนย้ายเข้าสู่แหล่งพักขยะตามเส้นทางที่กำหนด ท่านจับถุงขยะติดเชื้อในลักษณะกำบริเวณคอถุงให้ห่างจาก ลำตัว ไม่ชิดลำตัวด้วยความระมัดระวัง ท่านมีการเก็บขนย้าย กระทำโดยระมัดระวัง ห้ามโยน หรือลากภาชนะสำหรับ บรรจุขยะติดเชื้อ กรณีที่มีขยะติดเชื้อตกหล่นหรือภาชนะ บรรจุระหว่างทาง ท่านไม่หยิบด้วยมือเปล่า ใช้คีม หรือหยิบ ด้วยถุงมือยางหนา หากเป็นของเหลวท่านใช้จับด้วยกระดาก โดยหมุนเป็นวงกลม จากด้านนอกสู่ด้านในหรือกระดานั้น ในภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อใบใหม่ และทำความสะอาดด้วย

นำยามาเชื่อบริเวณพื้นนั้นก่อนเช็ดดูตามปกติ ท่านล้างยานพาหนะที่ใช้ขนย้ายขยะติดเชื้อในลานสำหรับล้างรถเข็นอยู่ใกล้ที่พักรวม ขยะติดเชื้อ ท่านไม่นำยานพาหนะขนขยะติดเชื้อ ไปใช้ในกิจการอย่างอื่น ท่านนำยานพาหนะขนย้ายขยะติดเชื้อไปฆ่าเชื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ยกเว้นกรณีภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อแตก หรือมีการรั่วไหล ต้องทำความสะอาดทันทีที่สามารถจะทำได้ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด เรื่องท่านตรวจสอบถุงบรรจุขยะติดเชื้อก่อนเคลื่อนย้ายว่าถุงไม่รั่ว คอถุงผูกเชือกเรียบร้อย และทำการยก วางอย่างนุ่มนวล ท่านตรวจสอบยานพาหนะขนย้ายว่าอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานหรือชำรุดหรือไม่ ท่านมีการเก็บรวบรวมขนย้ายสู่แหล่งพักโดยไม่แฉะหรือหยุดพักในระหว่างทาง มีพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ท่านเตรียมอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการตกหล่น หรือการรั่วไหลของขยะติดเชื้อ ท่านมีการบันทึกปริมาณขยะติดเชื้อทุกครั้ง หากท่านตรวจสอบถุงขยะติดเชื้อแล้วพบมีของเหลว ท่านได้แจ้งเจ้าหน้าที่ให้นำไปคัดแยกและกำจัดในระบบบำบัดน้ำเสียต่างหาก มีพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

สภาพปัญหาการจัดการขยะติดเชื้อ

1. ขยะติดเชื้อจากผู้มารับบริการบางชนิด เช่น สำลีหรือ ผ้าก๊อซ ที่ให้บริการผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยมักมีการทิ้งลงในถังขยะทั่วไป
2. ไม่มีการแนะนำญาติหรือผู้ป่วยเกี่ยวกับการทิ้งขยะติดเชื้อออกจากตัวผู้ป่วย
3. อุปกรณ์ป้องกันตามมาตรฐานบางชนิด ทำให้การปฏิบัติงานไม่คล่องตัว เช่น แวนตา หน้ากาก
4. ของเหลวและสารคัดหลั่งบางครั้งมีการเก็บรวบรวมไว้นานทำให้มีกลิ่น
5. อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการกำจัดขยะติดเชื้อบางชนิดต้องใช้เวลาในการเบิกจ่าย บางชนิดต้องใช้เวลาในการซ่อมไม่มีอุปกรณ์ทดแทน
6. บางอาคารที่ไม่มีทางเชื่อม หรือมีทางค้ำระดับ ทำให้การเก็บขนบางครั้งมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุขึ้นได้

สรุปและอภิปรายผล

จากการสรุปผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ของพนักงานในการจัดการขยะติดเชื้อพบพนักงานมีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีนโยบายในการจัดการความรู้ที่ชัดเจน และกำหนดให้พนักงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการจัดการขยะติดเชื้อเข้ารับการอบรมตามแผนปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของพนักงาน และแผนการพัฒนาระบบการจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ประกอบกับพนักงานส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 3-5 ปีจึงถือว่ามีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานระดับหนึ่ง ถึงแม้ว่าพนักงานทั้งหมดจะมีการศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษา คล้ายกับการศึกษาของพนิต มโนการ (2539) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.70 แต่ในการศึกษาของพนิต มโนการ ผู้ตอบแบบสอบถามจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป

พฤติกรรมในการปฏิบัติงานในการจัดการขยะติดเชื้อของพนักงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วพบว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันตนเอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดหรือมีการปฏิบัติเป็นประจำ แต่ยังมีพฤติกรรมการสวมผ้าอย่างกันเปื้อนในขณะที่ปฏิบัติงาน การสวมหมวกคลุมผมในขณะที่ปฏิบัติงาน มีพฤติกรรมปฏิบัติที่น้อยหรือปฏิบัติบางครั้ง จากการสอบถามหาข้อมูลเนื่องจากพนักงานไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน และสภาพอากาศในการปฏิบัติค่อนข้างร้อน ทำให้เมื่อพนักงานสวมหมวกคลุมผมหรือผ้าอย่างกันเปื้อนจะมีความรู้สึกว่าอุปกรณ์ป้องกันเหล่านี้จะเพิ่มความร้อนให้แก่ร่างกายมากขึ้น พฤติกรรมในการคัดแยกขยะติดเชื้อของพนักงานพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดหรือปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องมาจากมีการตรวจสอบของหัวหน้าพยาบาลหรือพยาบาลเวรที่รับผิดชอบอยู่ตลอดเวลาจึงทำให้พฤติกรรมในการคัดแยกอยู่ในระดับ

มากที่สุดหรือมีการคัดแยกขยะติดเชื้ออยู่เป็นประจำ พฤติกรรมในการเก็บรวบรวมเข้าสู่แหล่งรวบรวม ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดหรือมีการปฏิบัติเป็นประจำ มีเพียงพฤติกรรม การเตรียมอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการตกหล่น หรือการรั่วไหลของขยะติดเชื้อ การบันทึกปริมาณขยะติดเชื้อ ทุกครั้ง หากท่านตรวจสอบดูขยะติดเชื้อแล้วพบของเหลว มี ท่านได้แจ้งเจ้าหน้าที่ให้นำไปคัดแยกและกำจัดในระบบ บำบัดน้ำเสียต่างหาก มีพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย ที่สุด เนื่องมาจาก การเตรียมอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับ ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการตกหล่น หรือการรั่วไหล ของขยะติดเชื้อพนักงานเชื่อว่ามีความชำนาญในการขนส่ง ขยะติดเชื้อไปยังบริเวณที่เก็บพักขยะติดเชื้อ และฝ่ายเก็บรวม รวมมีการซ่อนถุงแดง 2 ชั้น จึงทำให้ถุงไม่มีโอกาสรั่วไหล ส่วนพฤติกรรมการบันทึกขยะติดเชื้อ เนื่องจากพนักงานยังไม่เห็นความสำคัญจึงมีการบันทึกที่ไม่ตรงตามความจริงและ ไม่เป็นปัจจุบัน โดยรวมแล้วจากการศึกษาพฤติกรรมทั้ง 3 พฤติกรรม คือพฤติกรรมปฏิบัติของบุคลากรในการ จัดการขยะติดเชื้อ พฤติกรรมในการคัดแยกขยะติดเชื้อ และ พฤติกรรมในการเก็บรวบรวมเข้าสู่แหล่งรวบรวม มี พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดหรือเป็นประจำ เพราะมีการอบรมให้ความรู้พนักงานอยู่เสมอ และพนักงาน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานมาอย่างน้อย 3-5 ปี ซึ่ง มีความคล้ายกับการศึกษาของพนิต มโนการ(2539) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรทางการพยาบาล ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลผลการศึกษา พบว่า การส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมในการจัดการมูล ฝอยติดเชื้อได้ถูกต้อง เหมาะสมมากยิ่งขึ้น จำเป็นต้องให้ ความรู้ เพื่อสร้างทัศนคติที่ดี และจำเป็นจะต้องมีการจัดการ ฝึกอบรมการให้ความรู้ในทุกระดับ และการศึกษาของพนิต มโนการ(2554) เรื่องพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อ ของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลสมุทรสาครผล การศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตวิทยาที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัด การขยะติดเชื้อคือระดับ

การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน การรับรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับขยะ ติดเชื้อก่อให้เกิดความแตกต่าง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อให้เกิดความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ตามลำดับ ส่วน ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากร และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ ขาดความตระหนักใน การจัด การขยะติดเชื้อ การขาดการประชาสัมพันธ์อย่าง ต่อเนื่องในเรื่องของการจัดการขยะติดเชื้อ ข้อเสนอแนะ จาก การวิจัยคือ ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรและ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สมุทรสาครทุกระดับและทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเป็น ประจำ ซึ่งจะช่วยให้ เพิ่มความรู้แก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ การ จัดการขยะติดเชื้อทางสื่อทุกประเภท โดยเฉพาะใบปลิว และสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ เช่น วารสารที่ให้ความรู้ เกี่ยวกับขยะติด เชื้อ ตลอดจนวิธีการจัดการขยะติดเชื้ออย่างถูกวิธีให้มีประจำ ทุกหน่วยงานใน โรงพยาบาล หรือจัดกิจกรรมมุ่งใจให้ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ขยะติดเชื้อ โดยการอบรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งให้กับ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะติดเชื้อเพื่อให้เกิด พฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.ควรมีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองสำหรับ บุคลากรอย่างเพียงพอต่อความต้องการ หากเกิดการชำรุด เสียหายต้องมีการเปลี่ยนทดแทนทันที และกำหนดให้ผู้ที่ เกี่ยวข้องโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มคนงานขนขยะ ซึ่ง มักจะเกิดอุบัติเหตุขึ้นบ่อย จากอุปกรณ์การแพทย์ที่มีความ แหลมนคม และมักไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสม เพราะเห็นว่าทำให้การปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่คล่องตัว ซึ่งหาก เกิดปัญหาขึ้นมักมีความเสี่ยงสูงในการเกิดอันตรายต่อ

สุขภาพผู้ปฏิบัติงาน และเกิดผลกระทบต่อขวัญ กำลังใจต่อการปฏิบัติงาน

3. มีการจัดตั้งกองทุนสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ

4. จัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการขยะติดเชื้อ หรือ บอร์ดการจัดการขยะติดเชื้อ

5. จัดทำนโยบายที่ชัดเจนสำหรับการจัดการขยะติดเชื้อ

6. จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

7. กำหนดให้มีการฝึกอบรมปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

8. เผยแพร่ข้อมูลในการคัดแยกขยะติดเชื้อ ให้แก่บุคลากรและประชาชนที่เข้ามาใช้บริการได้ทราบ

9. มีอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะติดเชื้อสำรองตามปริมาณขั้นต่ำเสมอ หากมีการชำรุดหรือเสียหายให้มีการนำมาทดแทนทันที

10. จัดตั้งชมรมจิตอาสาคัดแยกขยะเพื่อรักษาสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลขึ้น เพื่อลดปริมาณขยะ

11. กำหนดให้มีการนิเทศติดตาม ควบคุม กำกับ และส่งเสริมการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.นพ. สวรรค์ ขวัญใจพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว นายสุวิทย์ หล่อปรีชากุล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และนายชนะชัย มาตรย์คำมี นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการศึกษาเรื่องนี้ ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อมูลฝอยติดเชื้อ, 2551.

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยเทคโนโลยีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำแก๊ส, 2555.

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2555.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2557 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557.

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ มาตรฐานการสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาลสำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2557 โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ปี 2558 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558. กระทรวงสาธารณสุข. (2545). กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา

ปัทมา พวงขุนทด (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะติดเชื้อของพนักงานโรงพยาบาลศิริราช นิพนธ์การศึกษา ธุรกิจมหาชน จำกัด มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2554.

พนิต มโนการ (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขขนาด 500 เตียง ในเขตจังหวัดนครราชสีมา นิพนธ์การศึกษาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

พูนพนิต โอเอี่ยม (2554). พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร นิพนธ์การศึกษา สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554. สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน ด้านการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ, 2552

อภิรักษ์ สุขบท (2547). บทบาทของบุคลากรในการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) จังหวัดนครปฐม นิพนธ์การศึกษา สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

อำไพ ศรีสุวรรณ (2550). พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย วิทยานิพนธ์การศึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2550. นิพนธ์การศึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย
กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

The Relationships between Knowledge, Perceptions of Illness, and Prehospital Time of Patients with
Acute Coronary Syndrome

สุพัตรา มะโรงมู๊ด¹, สุพัตรา บัวที², อภิญญา วงศ์พิริยโยธา³

Supattra Marongmued¹, Supatra Buatee², Apinya Wongpiriyayothar³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 ราย ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยใช้เวลาในการมารับการรักษาเฉลี่ย 1,936 นาที (S.D. = 3,308) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 28.68, SD = 5.99) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = -.740 และ r = -.558 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านการรักษา และการควบคุมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา (r = -.199, r = .139, r = -.180, p > .05 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วย ระยะเวลาการมารับการรักษา

Abstract

This survey research aimed to study correlation between knowledge, perceptions of illness, and prehospital time of patients with acute coronary syndrome (ACS). The sample consisted of 87 patients who were admitted to the medical department of Roi Et Hospital and were selected by using simple random sampling. Research instruments included the 1) Knowledge about Myocardial Infarction (MI) Questionnaire and 2) Perceptions of Illness Questionnaire. The reliabilities of these instruments were .83, and .91 respectively. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation.

Results showed as follows: The mean prehospital time of the patients was 1,936 minutes (S.D. = 3,308). The patients had mean score of knowledge about MI at a moderate level ($\bar{X}$ = 28.68, SD = 5.99). The knowledge about MI and the perception of consequences were significantly negatively correlated with the prehospital time. (r = -.740 and r = -.558, p < .05). The perception of timeline, the perception of cure MI and the perception of controllability by the patients were not correlated with the prehospital time. (r = -.199, r = .139, and r = -.180, p > .05 respectively)

Keywords : Acute coronary syndrome, Knowledge, Perceptions of illness, Prehospital time

¹ นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome; ACS) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก โดยพบว่ามีการเสียชีวิตของประชากรโลกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลสถิติของสมาคมโรคหัวใจโลก ในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ 17.3 ล้านคน จากประชากรโลกทั้งหมด 7 พันล้านคน และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเป็นอันดับ 1 โดยร้อยละ 54 เป็นการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ¹ สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยก็พบว่า มีแนวโน้มการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน ในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2556 มีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำนวน 61.94, 72.12, และ 84.38 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2557 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากรและเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 18,079 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราเท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร² ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีอัตราการเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรักษาช้า ทำให้ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ซึ่งการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการรักษาที่เร่งด่วน เนื่องจากระยะเวลาที่ผ่านไปหมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายเพิ่มมากขึ้น การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะค่อย ๆ เกิด ส่วนใหญ่เกิดจากลิ่มไขมันในผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี เกิดแตกทำให้เกิดการกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดตามมาและเกิดลิ่มเลือดที่ตำแหน่งนั้น ส่งผลให้หลอดเลือดโคโรนารีตีบหรือตัน เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขึ้น³ โดยจากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2556 - 2558 มีผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งชนิด STEMI

และ NSTEMI จำนวน 587, 659, และ 676 ราย ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ชนิด STEMI จำนวน 178 ราย เสียชีวิต 18 ราย มีภาวะแทรกซ้อน 45 ราย ซึ่งในรายที่เสียชีวิต 12 รายจาก 20 ราย และรายที่มีภาวะแทรกซ้อน 35 รายจาก 45 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลังเริ่มมีอาการ 12 ชั่วโมง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าระยะเวลาที่มีความสำคัญกับอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างยิ่ง⁴

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลจะรับรู้การเจ็บป่วยโดยการจากระบบ วิเคราะห์ แปล และให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นตามความรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และข้อมูลจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมทั้งความรู้สึกต่ออาการขณะนั้นตามสามัญสำนึก ซึ่งจะชี้แนะว่าบุคคลนั้นจะเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร เชื่อว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ บุคคลนั้นก็ต้องเป็นผู้แก้ปัญหาด้วยตัวเอง โดยแต่ละบุคคลจะคิดหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อพยายามควบคุมหรือทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทางสุขภาพของตนเองมีน้อยที่สุดและลดภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ⁵ กล่าวได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะหาวิธีลดภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิธีลดภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่เหมาะสมคือการรีบมาโรงพยาบาล โดยจากการศึกษาพบว่า ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษา⁶ และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรับรู้การรักษาและการควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษา^{6, 7} และ 2) ความรู้เกี่ยวกับโรค คือความสามารถในการจดจำและระลึกได้ถึงข้อมูล แนวคิด และหลักการต่าง ๆ ที่ได้เรียนมา⁸ ซึ่งความรู้มีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยต้องรู้ว่าการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเป็นสาเหตุของโรค อาการ

แน่นหน้าอกเป็นอาการของโรคหัวใจ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการในผู้ป่วยรายใหม่คือรีบมาโรงพยาบาลทันที และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยรีบมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะทำให้ผู้ป่วยรีบมาโรงพยาบาล 9, 10, 11, 12 และการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้มีความสำคัญกับระยะเวลาการมารับการรักษาเป็นอย่างมาก 13

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าระยะเวลาการมารับการรักษาเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งจากการศึกษานำร่องพบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาช้าและรับรู้อาการที่ไม่ถูกต้อง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้การเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดังได้กล่าวในข้างต้น ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำมาใช้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีอาการของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมารับการรักษาเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่กำหนด คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกแบบอาการไม่คงที่ (Unstable angina) หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบไม่มี ST segment ยกสูงขึ้น (Non-ST elevation myocardial infarction) หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบที่มี ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation myocardial infarction) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลต้องมีสัญญาฉันทนปฏิบัติ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta} \sqrt{1 - r^2}}{r} \right]^2 + 2$$

โดยที่ n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

r หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของค่าตัวแปรที่สนใจศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมา

Z_{α} หมายถึง ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงปกติที่สอดคล้อง α (ความคลาดเคลื่อน Type I)

Z_{β} หมายถึง $1 - \beta$ เป็นค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงปกติที่สอดคล้อง β (ความคลาดเคลื่อน Type II) โดยค่า β ได้จากกำหนดอำนาจการทดสอบของสถิติที่ใช้ทดสอบจากสูตรและจากงานวิจัยความสัมพันธ์ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ดังนั้นค่า Z_{α} เท่ากับ 1.960 และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 95% β เท่ากับ .10 ดังนั้นค่า Z_{β} เท่ากับ 1.645 โดยใช้ค่า r จากงานวิจัยของพิมพา เทพวัลย์ (2554) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีค่า $r = -.367$ จาก

การคำนวณโดยการแทนค่าต่าง ๆ ในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 87 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 4 ข้อประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 4 ข้อประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการระยะเวลาถึงโรงพยาบาลการวินิจฉัยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการได้รับการทำหัตถการเพื่อขยายหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹³ ใช้วัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านอาการสาเหตุ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการทั้งหมด 46 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบคำถามถูกต้องได้ = 1 คะแนน ตอบคำถามผิดได้ = 0 คะแนน และตอบว่าไม่ทราบได้ = 0 คะแนน ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการของ Kuder - Richardson (KR - 20) โดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 15 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน⁷ ทั้งหมด 41 ข้อ โดยแบบสอบถามมี 5 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในแบบสอบถามมีทั้งหมด 16 อาการที่เป็นอาการทั่วไปของการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่ามีอาการดังกล่าวหรือไม่ และอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 อาการ

นำมาวิเคราะห์รายข้อ ส่วนคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรคช่วงเวลาการเป็นโรค ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษา การควบคุม ทั้งหมด 25 คำถาม รวมอยู่ในชุดคำถามเดียวกัน คำตอบเป็นลิเกิตสเกล (1 - 5) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) ด้านสาเหตุของโรคมี 10 ข้อ 3) ด้านช่วงเวลาการเป็นโรคมี 3 ข้อ 4) ด้านผลกระทบจากโรคมี 7 ข้อ และ 5) ด้านการรักษาและการควบคุมมี 5 ข้อ โดยด้านการรักษามี 3 ข้อ และด้านการควบคุมมี 2 ข้อ โดยด้านสาเหตุของโรคผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์รายข้อ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) โดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 15 คน ได้ค่าความเที่ยงของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติตามหนังสือเลขที่ ศร 0530.11/1308 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2559 ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. โดยหลังจากโครงสร้างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานตึกอายุรกรรม หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และไปเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมทุกวัน โดยเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติอยู่ใน

เกณฑ์ที่กำหนด คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล 2-3 วันแรก โดยประเมินพบว่าผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีสัญญาณชีพที่ปกติ หลังจากประเมินดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวเองอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย บอกให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลที่ได้อาจถูกเก็บเป็นความลับและผู้ป่วยสามารถตัดสินใจไม่เข้าร่วมงานวิจัยได้โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยสามารถที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาหลังจากอธิบายขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ป่วยลงนามเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

3. หลังจากผู้ป่วยลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ขณะที่ผู้วิจัยกำลังเก็บข้อมูลการวิจัย หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการแน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจหอบ วิดกกังวล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลชั่วคราว และผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเบื้องต้นจากผู้วิจัย และส่งต่อทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประจำแผนกของผู้ป่วยทันที โดยให้การดูแลจนกว่าจะพ้นภาวะอันตราย หลังจากการประเมินแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติระหว่างการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ถ้ายังไม่ครบผู้วิจัยก็จะสอบถามเพิ่มเติม และหากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าเมื่อมีอาการแน่นหน้าอกต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที ผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นนั้น ๆ และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามในการวิจัยครั้งนี้

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี

อาการจนมารับการรักษา การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอาการและการรับรู้การเจ็บป่วยด้านสาเหตุ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค ด้านการรักษาและการควบคุมกับระยะเวลามารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) เนื่องจากข้อมูลระยะเวลาการมารับการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค ด้านการควบคุมและด้านการรักษา มีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ

58.60 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 41.40 ($\bar{X}$ = 62.15, SD = 11.47) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.70 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.80 ส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 74.70 พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 27.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ร้อยละ 82.80 และมีผู้ป่วยรายเก่าที่กลับมาเป็นซ้ำ 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.64

2. ระยะเวลาการมารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 1,936 นาทีหรือ 32 ชั่วโมง 16 นาที โดยมีระยะเวลาการมารับการรักษาเร็วสุดเท่ากับ 20 นาที และมีระยะเวลาการมารับการรักษานานสุด 20,160 นาที หรือ 14 วัน

3. ความรู้เกี่ยวกับโรค กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกด้านเฉลี่ยเท่ากับ 28.68 (SD = 5.99) ซึ่งเป็นความรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความรู้รายด้านก็พบว่าด้านสาเหตุ ด้านอาการ และด้านการจัดการเบื้องต้น มีความรู้ในระดับปานกลางเช่นกัน

4. การรับรู้การเจ็บป่วย

4.1 การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้แก่ 1) แน่นหน้าอก (ร้อยละ 56.32) 2) หายใจลำบากหรือหายใจหอบเหนื่อย (ร้อยละ 37.93) 3) เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 32.18) 4) เหงื่อออกหรือตัวเย็น (ร้อยละ 22.98) 5) ใจสั่น ร้อยละ 17.24 และ 6) เหนื่อยล้า ร้อยละ 17.24 ซึ่งอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ส่วนใหญ่ก็เป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับหัวใจโดยตรง

4.2 การรับรู้การเจ็บป่วยด้านสาเหตุของโรค ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยด้านสาเหตุของโรค (ค่าคะแนน 1-5) พบว่า คะแนนเฉลี่ยที่สูงเป็น 3 อันดับแรก คือ สาเหตุจากความบังเอิญมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (SD = 0.95) การกระทำของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (SD = 0.75) และจากภาวะจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 (SD = 1.18)

4.3 การรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาของการ

เป็นโรค ผลกระทบจากโรค และการรักษา/การควบคุม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาของการเป็นโรคเท่ากับ 3.34 (SD = 0.99) หมายถึง การเจ็บป่วยจะเป็นอยู่นาน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบจากโรคเท่ากับ 3.71 (SD = 0.74) หมายถึง มีผลกระทบรุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรักษาเท่ากับ 2.33 (SD = 0.60) หมายถึง การรักษาได้น้อย และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการควบคุมเท่ากับ 3.58 (SD = 1.06) หมายถึง การควบคุมได้มาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วยรายด้านกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วยรายด้านกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรค	-.740	.001*
2. การรับรู้การเจ็บป่วยรายด้าน		
2.1 ด้านการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค	-.199	.065
2.2 ด้านการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบจากโรค	-.558	.001*
2.3 ด้านการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรักษา/ควบคุม		
- ด้านการรักษา	.139	.199
- ด้านการควบคุม	-.180	.095

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.740, p < .05$) และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.558, p < .05$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ระยะเวลาการมารับการรักษาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการมารับการ

รักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 1,936 นาทีหรือ 32 ชั่วโมง 16 นาที ซึ่งจากแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเร็วที่สุดภายใน 720 นาที (12 ชั่วโมง) หลังเริ่มมีอาการ¹⁴ แต่ผลการวิจัยครั้ง

นี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาส่วนใหญ่คือ 1 วัน หลังจากมีอาการ เหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาช้า เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (ร้อยละ 64.36) ยังไม่มีประสบการณ์อาการเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุเพียร โภคทิพย์¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจ จะมาโรงพยาบาลเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.70 ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลของโรคดังกล่าวทำให้มารับการรักษาช้า ซึ่งจากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน¹⁵

2. ความรู้เกี่ยวกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวน 65 คน (ร้อยละ 74.70) จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้¹⁶ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ดังกล่าวอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ของโรคมาก่อน และอาจได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพหรือข้อมูลประสบการณ์ของกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพา เทพวัลย์⁶ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.70 เป็นผู้ป่วยรายเก่า โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 63.30 เคยได้รับความรู้ในเรื่องอาการแสดงและการปฏิบัติตัวของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากทีมสุขภาพมาแล้ว

3. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการแน่นหน้าอกมากที่สุด ร้อยละ 56.32 รองลงมา คือ อาการหายใจลำบากหรือหายใจหอบเหนื่อย ร้อยละ 37.93 อธิบายได้ว่า อาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาด

ออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึม (Metabolism) ผลทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่าง ๆ ซึ่งจะกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ถึงตรงผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ทำให้เกิดการรับรู้แปลความรู้สึกต่างๆ คือ ความไม่สบาย ปวดแน่นในทรวงอกเป็นแนวกว้างตามแขนงของเส้นประสาทสันหลัง ตั้งแต่ระดับทรวงอกลงไปถึงบริเวณท้อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกได้^{3,17} ส่วนอาการหายใจลำบากหรือหายใจหอบเหนื่อย เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากการหดตัวของเวนทริเคิลลดลง การยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งอาการหายใจหอบเหนื่อยนี้อาจเป็นภาวะของหัวใจล้มเหลวได้ด้วย³

4. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านสาเหตุของโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยด้านสาเหตุของโรค 3 อันดับแรก คือ 1) ความบังเอิญ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับปานกลาง ทำให้มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจากการสอบถามผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ซึ่งการรับรู้นี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้มาจากระบบการรับรู้ของคนอื่น ซึ่งไม่ใช่ความรู้ที่ได้จากทีมสุขภาพ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความบังเอิญ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ¹⁸ ที่ศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งบริบทใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากเป็นเหตุสุดวิสัย ร้อยละ 73.40 2) การกระทำของตนเอง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.70 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่งโรคประจำตัวดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากการกระทำของตนเองสอดคล้องกับการศึกษานุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ¹⁸ ที่พบว่าสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วยเกิดจากการทำตนหนักและไม่เอาใจใส่ดูแลตนเอง ร้อยละ 67.6 และ 3) ด้านจิตใจ จากการศึกษพบว่าร้อยละ 2 - 5 ของประชากรโลก มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกกลัวอย่าง

รุนแรง และคิดว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อน¹⁹ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าสาเหตุการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากจิตใจ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลและมีความกลัวมาก่อนแล้ว

5. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นเวลานานอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบพลันเป็นโรคเรื้อรัง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 74.70 อาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเป็นโรคประจำตัวเดิม เพราะได้รับการรักษามาก่อนแล้ว จึงทำให้รับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ น่าจะเป็นอยู่นาน สามารถรอดูอาการได้ ไม่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเป็น รักเกิด⁷ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.4 มีการรับรู้โรคเป็นช่วงเวลานาน

6. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบจากโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีผลกระทบรุนแรง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบากหรือหายใจหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่ามีผลกระทบที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรีบมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของนุชนารถ ไกรรัตน์เจริญ¹⁸ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีผลกระทบรุนแรง

7. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรักษา/การควบคุม ผลการวิจัยพบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรักษาได้น้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับปานกลาง ทำให้มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคดังกล่าว และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 64.36 ยังไม่มีความรู้และอาจไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากทีมสุขภาพ จึงทำให้รับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรักษาได้น้อย

2) กลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันควบคุมได้มาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บ

หน้าอกเมื่อผู้ป่วยนั่งพักแล้วอาการก็ดีขึ้น²⁰ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัว อาจคิดว่าเป็นอาการของโรคประจำตัวเดิม ซึ่งโรคประจำตัวเดิมก็สามารถควบคุมได้ด้วยยาที่รักษา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ²¹ ร้อยละ 64.30 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรอให้บุตรหลานเป็นคนตัดสินใจแทนว่าจะไปโรงพยาบาลหรือไม่ ทำให้รอดูอาการก่อน ไม่ต้องรีบไปรับการรักษา

8. ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ตามแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญลักษณ์ของลิเวนทาลและคณะ⁵ ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อนุคคลมีการเจ็บป่วย นุคคลจะจัดระบบ วิเคราะห์ และให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นตามความรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งกล่าวได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการรักษาช้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของของวริษา กันบัวลา¹³ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

9. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 74.70 อาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเป็นโรคประจำตัวเดิม จึงทำให้รับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ น่าจะเป็นอยู่นาน สามารถรอดูอาการได้ ไม่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเป็น รักเกิด⁷ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.40 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ช่วงเวลาการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา และงานวิจัยของนุชนารถ ไกรรัตน์เจริญ¹⁸ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.1 ผลการวิจัยการรับรู้

ช่วงเวลาการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาเช่นกัน

10. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ตามแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของลีเวนทาลและคณะ⁵ ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้การเจ็บป่วย บุคคลจะจัดระบบ วิเคราะห์ และให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นตามความรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และข้อมูลจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว และบุคคลนั้นก็จะต้องเป็นผู้แก้ปัญหาด้วยตัวเอง โดยแต่ละบุคคลจะคิดหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะทุกข์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในแนวทางที่สอดคล้องกับการรับรู้ของตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อรับรู้การเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรง ผู้ป่วยจะหาวิธีเพื่อลดภาวะทุกข์ทางสุขภาพโดยการรับมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิจัยของนุชนารถ ไกรรัตน์เจริญ¹⁸ ที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษาและสอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพา เทพวัลย์⁶ ที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของการมารับการรักษาได้

11. การขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 64.36 ยังไม่มีประสบการณ์และอาจไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากทีมสุขภาพ และจากคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรักษาอยู่ในระดับรักษาได้น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่รับมาโรงพยาบาล ทำให้ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

12. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรับรู้ด้านความควบคุมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการควบคุมอยู่ในระดับควบคุมได้มาก

อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จึงคิดว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดจากโรคประจำตัวเดิมสามารถควบคุมได้ ไม่ต้องรับมาโรงพยาบาล จึงทำให้ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวัชร พิมพัถักดี²² ที่พบว่าผู้ป่วยรับรู้ความสามารถควบคุมอาการได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ในกลุ่มประชาชนทั่วไป จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีอาการของโรคกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งผลกระทบจากโรคด้วย

2. ในกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวดังกล่าว พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในคลินิกโรคความดันโลหิตและเบาหวาน

3. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มอาการกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนกลับบ้าน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยรายเก่ากลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องและมารับการรักษาได้ทันเวลา

4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัย โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอขอบพระคุณอาจารย์ ที่คอยชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่สนับสนุนในการศึกษาต่อ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **World Health statistics.** 2010. URL : http://www.who.int/gho/publication/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf. Retrieved on August 10, 2015.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคไม่ติดต่อ. 2557. URL : <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/annual2014.pdf>. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม, 2558.
3. อภิชาติ สุคนธสรณ์. **Cardiovascular disease: Acute coronary syndromes.** ทริน ชิงค์. เชียงใหม่, 2557.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ข้อมูลสถิติโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปี 2556 – 2558. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
5. Leventhal H et al. **The common-sense model of self-regulation of health and illness.** In D. L. Cameron, & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). London, 2003.
6. พิมพ์ เทพวัลย์. การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554, 29(2) : 111-119, 2554.
7. เปิ่น รักเกิด. การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2550.
8. Bloom B et al. 1956. **Taxonomy of the cognitive domain.** URL : <http://www.edpsycinteractive.org/topics/cognition/bloom.html.pdf>. Retrieved on February 20, 2016.
9. Farshidi H et al. **Factors associated with pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction.** Iranian Red Crescent Medical Journal 2013, 15(4) : 312-316.
10. ลาวัลย์ ออกสุข. การรับรู้การและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. วารสารสมาคมพยาบาลศาสตร์ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(2) : 89-95, 2555.
11. สุพิเชฐ โภคพิชัย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555, 35(2) : 43-52, 2555.
12. Song L et al. **Impact of patients symptom interpretation on care-seeking behaviors of patients with acute myocardial infarction.** China Medical Journal, 123(14) : 1840-1845, 2010.
13. วิธยา กันบัวลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 24(2) : 21-35, 2557.
14. American College of Cardiology/ American Heart Association. 2015. **Update on the Guidelines for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction.** URL : [http://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(15\)00032-6/pdf](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(15)00032-6/pdf). Retrieved on August 10, 2015.
15. วิมลมาส เชาวลิต. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่อการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
16. Quah J et al. **Knowledge of sign and symptoms of heart attack and stroke among Singapore Resident.** BioMedical Research International, 2014(8), 2014.
17. ประดิษฐ์ ปัญจิณน. ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ, 2554.
18. นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2553, 28(2) : 49-57, 2553.
19. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2560. โรคแพนิค. URL : <http://fb.com/ThaipsychiatricAssociation>. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม, 2560.
20. ศรีนัย ควรประเสริฐ และอภิชาติ สุคนธสรณ์. **Cardiovascular guidelines focus.** ทริน ชิงค์. เชียงใหม่, 2556.
21. ประภาส โกลิวัณ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ ST ยก : กรณีศึกษา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 9(1) : 216-224, 2559.
22. วรวิ พิมพ์กักดี. ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.

องค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มชาติพันธุ์ ไทลาว ในประเทศไทย

Element of Behaviorals Taboos of Thai-Lao indigenous Medicine for Cancer Patients Self-Care in Thailand.

อนงค์ลักษณ์ ฤทธิวุฒิ,¹ อัจฉรา ภาณุรัตน์² และอุษา กลมพันธ์³

Anongluk Rittiwut, Achara Panurat and Usa Klompun

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยนำข้อมูลที่ค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ในภาคอีสาน ประเทศไทย มาจัดทำเป็นกระทงคำถาม ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.929 นำแบบสอบถามเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 500 คน ในจังหวัด ยโสธร (มีนาคม-เมษายน 2560) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (Exploratory Factor Analysis) ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ข้อห้ามเชิงพฤติกรรมตามลัทธิหมอพื้นบ้านใช้สัสมโพชนงค์ 7 และ 7 พุทธวิธี เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย มะเร็งใช้ศรัทธาดูแลสุขภาพด้วยตนเอง องค์ประกอบที่ 2 นอกจากรักษาศีล 5 บริสุทธแล้ว การทำทานอย่างสม่ำเสมอ และภาวนาพิจารณาเพื่อ รบรู้อาหารทั้ง 4 ประเภท (และอาหารแปรรูป) จะช่วยป้องกันมะเร็ง องค์ประกอบที่ 3 การงดเว้นเนื้อสัตว์ 10 ชนิดแนวพุทธคือการป้องกัน โรคมะเร็ง และการงดเว้นเนื้อสัตว์ทุกชนิดคือการรักษาดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง องค์ประกอบที่ 4 ลัทธิฮิดคอง คือสุขภาพในชุมชนอันเนื่องต่อ การฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง และส่งเสริมวัฒนธรรมพี่เกสร์ผัดสวนครัว และวิถีชีวิตเรียบง่ายพอเพียงที่ไกลจากสารพิษ องค์ประกอบที่ 5 การ ฟีก “สิด” ทั้งหมอพื้นบ้าน และผู้ป่วยมะเร็ง เป็นการเริ่มต้นบำบัดรักษาแบบพึ่งตนเอง ภายใต้มีการใช้เวลา (กาล-สมภูฐาน) แบบแผนวิถีประจำวัน ของสงฆ์ กล่าวโดยสรุป องค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้ง 5 องค์ประกอบ สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง และการป้องกันโรคมะเร็ง สำหรับประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ ข้อห้ามเชิงพฤติกรรม, การแพทย์พื้นบ้าน, มะเร็ง

Abstract

This research article is a part of the dissertation in title Behaviorals Taboos of Thai-Lao indigenous medicine for Cancer Patients self-care In the Kingdom of Thailand and Lao People's Democratic Republic. The study aimed to investigate the elements of Behaviorals Taboos of Thai-Lao indigenous medicine for Cancer Patients self-care in Thailand. This study is the quantitative research. The data were collected by questionnaire which was made from the qualitative data by researcher reliability checked by 5 experts and tried out in 30 samples. Cronbach's Alpha Coefficient is 0.929. The data were selected purposively from 500 people aged 18 and over in Yasothon Province during March - April 2017. The data were analyzed by Exploratory Factor Analysis. The result found that there are 5 elements of Behaviorals Taboos of Thai-Lao indigenous Medicine for Cancer Patients self-care in Thailand. Element 1 Traditional healers used the principles of Buddhism (Phodchong 7 and 7 phutawitee) to encourage Cancer Patient faith to care for themselves. Element 2 In addition to the pure 5 precepts, Philanthropy regularly and prayed for a well-rounded about the 4 categories diet in Buddhism help cancer prevention. Element 3 Avoid eating some meat is a way to prevent but to refrain from all kinds of meat is to treat the patient's own cancer. Element 4 “ladthi

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การพัฒนามนุษย์ (สาธารณสุขชุมชน) มรภ.สุรินทร์

² อาจารย์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การพัฒนามนุษย์ (สาธารณสุขชุมชน) มรภ.สุรินทร์

³ อาจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

heatkong ” is the health of the community that is contributing to the mental rehabilitation of cancer patients, promoting a culture of growing native vegetables, simple life and sufficient lifestyle far from toxins. Element 5 Mindfulness of traditional healers and cancer patients is the initial treatment for self-reliance under the dimension of time that is the same pattern as a monks daily life. In conclusion the 5 elements of Behaviorals Taboos of Thai-Lao indigenous medicine for Cancer Patients self-care are useful to serve as a guide for Cancer Patients self-care and cancer prevention for healthy people.

Keywords : Behaviorals Taboos, Indigenous Medicine, Cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประชากรโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2007 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง 7.6 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 13 ของสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 13 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 118,601 คน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ประมาณ 61,082 คน โรคมะเร็งเป็นปัญหาความเจ็บป่วยการเสียชีวิตรวมทั้งปัญหาภาวะโรค (Burden of Disease) ที่ทำให้ประชากรไทยสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่ปีพ.ศ.2541 เป็นต้นมา โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนไทยและนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ⁽¹⁾

ยุคโลกาภิวัตน์ และความทันสมัย มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ประชากรบางส่วนเปลี่ยนวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมที่เป็นอยู่เรียบง่าย สบายๆ พอเพียง และพึ่งพาอาศัยกันภายในชุมชน กลายเป็นสังคมเมืองหรือมีการอพยพย้ายถิ่นไปทำงานในเมือง ในโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้วิถีชีวิตและการอยู่การกินเปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การผลิตอาหารที่มีการปนเปื้อนและใช้สารพิษสารเคมีอันตรายก่อให้เกิดโทษภัยโดยเฉพาะภัยจากโรคมะเร็ง เป็นผลให้มีการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ใช้งบประมาณเพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งเป็นจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่รักษาไม่หาย และก่อนเสียชีวิตผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นับเป็นความสูญเสียทั้งด้าน

เศรษฐกิจและสังคม วงการแพทย์ในปัจจุบันมีความตื่นตัวที่ในวิธีค้นหาและรักษาโรคมะเร็งระยะแรก ซึ่งความจริงแล้วแม้จะตรวจพบมะเร็งระยะแรกส่วนใหญ่โรคได้เกิดมาแล้ว 5-30 ปี⁽²⁾ ทำให้รักษาได้ยาก สำหรับการป้องกันโรคมะเร็งในปัจจุบันประชาชนมีความตื่นตัวในการที่จะมีวิถีชีวิตรวมทั้งมีโภชนาการที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง แต่วงการแพทย์เสนอวิธีกว้างๆไม่ลงรายละเอียดทั้งๆที่มีความรู้ทางวิชาการและงานวิจัยมากพอที่จะทำให้สามารถป้องกันโรคมะเร็งได้ ดังนั้น อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งจึงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นั้นย่อมสะท้อนให้เห็นว่าภาพรวมทั้งการป้องกันและการรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควรจึงเป็นเหตุเพียงพอที่ควรจะทบทวนวิธีการป้องกัน และรักษาโรคมะเร็งโดยนำองค์ความรู้ด้านต่างๆ มาบูรณาการเพื่อมุ่งเน้นการป้องกันให้มากขึ้น มะเร็งเป็นโรคที่รักษาได้ ในปัจจุบันหลายประเทศโดยเฉพาะแถบยุโรปใช้วิธีผสมผสานในการรักษามะเร็ง ซึ่งมีทั้งบำบัดด้วยธรรมชาติ ด้านอาหาร สิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจควบคู่กันไป⁽²⁾

ในปัจจุบัน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติของไทยกำหนดให้มีการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นการแพทย์หลักของชาติคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน จากนโยบายดังกล่าวทำให้เห็นทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยเพื่อรองรับกระแสความนิยมในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็ง ที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ การรักษาโรคมะเร็งต้องรักษาแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม จะมุ่งแก้ปัญหาที่ปลายเหตุไม่ได้ และจากข้อมูลที่พบว่าการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านมาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อเป็นการยืดอายุขัยและลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด นับเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งนี้เพราะสามารถใช้ทรัพยากรใน

ท้องถิ่น เป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์กลุ่มชาติพันธุ์ให้คงอยู่ต่อไป ไม่ต้องซื้อยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่ราคาแพงและต้องนำเข้าจากต่างประเทศ

ข้อมูลจากผลการวิจัย การรักษาโรคมะเร็งของหมอพื้นบ้าน⁽³⁾ พบว่าหมอพื้นบ้านให้ความสำคัญกับข้อห้ามหรือข้อชะล่าที่กำหนดให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดในระหว่างการรักษาด้วยสมุนไพร ทั้งนี้เพราะมีความเชื่อว่าจะช่วยให้การรักษาได้ผลดี หมอพื้นบ้านบางคนจะไม่รับรักษาถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามข้อห้ามอย่างเคร่งครัด ข้อห้าม ตรงกับภาษาอีสานว่า ละล้า หรือ ชะล่า ตรงกับภาษาอังกฤษ Taboo ชะล่าเป็นมรดกทางปัญญาของคนอีสานและคนลาว ซึ่งได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ ค่านิยม รวมทั้งประสบการณ์จากการลองปฏิบัติจริงทั้งในส่วนบุคคล และการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม และเห็นว่าไม่ควรปฏิบัติ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ชะล่า ละล้า หรือ ละล้า มาจากรากศัพท์ของคำว่า “กรรม” ซึ่งหมายถึง การกระทำอันเป็นสิ่งที่ใกล้ชิดในชีวิตประจำวันของคนอีสาน และคนลาว เนื่องจาก ชะล่า เป็นข้อห้ามในการกระทำคล้ายกับ Taboo ของชาวเมลานีเซีย กล่าวโดยสรุป ละล้า หรือ ชะล่า เป็นทั้งข้อห้าม และข้อพึงปฏิบัติสำหรับบุคคลทั่วไป โดย ชะล่า เน้นสำหรับผู้อยู่ในภาวะเสี่ยงหรือผู้ที่มิภาวะที่ร่างกายอ่อนแอ เช่น ผู้ป่วย เด็ก หญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอด ดังนั้น ชะล่า จึงมีความหมายที่ใกล้เคียงกับศีล ซึ่งเป็นทั้งข้อห้ามและข้อปฏิบัติของทุกคน ซึ่งมีผลทั้งต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ตามความเชื่อของหมอพื้นบ้าน ผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติตามข้อชะล่าได้อย่างเคร่งครัด จะลดการแพร่กระจายของมะเร็ง และทำให้การรักษาโรคมะเร็งด้วยสมุนไพร ได้ผลดียิ่งขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นระบบ

จากความสำคัญของข้อห้ามหรือข้อชะล่า ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา องค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้ได้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง และแนวทางการป้องกัน

โรคมะเร็งสำหรับประชาชน ทั้งนี้เพราะข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งนั้น สามารถใช้เป็นข้อพึงปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งสำหรับประชาชนทั่วไปได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา องค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อยืนยันข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชน อายุ 18 ปีขึ้นไป ในจังหวัดยโสธร จำนวน 500 คน ที่เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการนำข้อมูลข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ มาจัดทำเป็นกระทงคำถามจำนวน 50 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน นำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในจังหวัดยโสธร และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.929

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (Exploratory Factor Analysis)

สรุปและอภิปรายผล

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 393 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรและทำนา จำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 และส่วนใหญ่รู้จักหรือเคยได้ยินเกี่ยวกับข้อห้าม(ชะล่า) จำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6

2.การวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยใช้วิธีการสกัดองค์ประกอบที่เป็นไปได้ เพื่อให้ได้ค่าตัวแปรที่สัมพันธ์กับ

องค์ประกอบชัดเจนมากยิ่งขึ้น จึงใช้การสกัดองค์ประกอบ ด้วยเทคนิคแกนสำคัญ(Principal Component Analysis) หมุน แกนภายหลังการสกัดองค์ประกอบ(Factor Rotation) แบบ ออร์โธกอนอล (Orthogonal Rotation) วิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) จำนวน 1,000 รอบ ผลการวิเคราะห์ได้ค่าการรวม

(Communality) ค่าไอเกน (Eigen Value) ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม (Cumulative % of Variance) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 องค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวในประเทศไทย

ตัวแปร	ค่าการรวมกัน	ค่าไอเกนของการแปรปรวน	ค่าร้อยละของการแปรปรวน	ค่าร้อยละของการแปรปรวนสะสม
องค์ประกอบที่ 1 ข้อห้ามเชิงพฤติกรรมตามลัทธิหมอพื้นบ้านใช้สมุนไพร 7 และ 7 พุทธวิธี เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งใช้ศรัทธาดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	1	14.683	29.366	29.366
องค์ประกอบที่ 2 นอกจากรักษา 5 บริสุทธิ์แล้วการทำทานอย่างสม่ำเสมอ และภาวนาพิจารณาเพื่อรอบรู้อาหารทั้ง 4 ประเภท(และอาหารแปรรูป) จะช่วยป้องกันมะเร็ง	1	2.856	5.712	35.079
องค์ประกอบที่ 3 การงดเว้นเนื้อสัตว์ 10 ชนิดแนวพุทธคือการป้องกันโรคมะเร็ง และการงดเว้นเนื้อสัตว์ทุกชนิดคือการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	1	2.451	4.901	39.980
องค์ประกอบที่ 4 ลัทธิศีลคองคือสุขภาพในชุมชนอันเนื่องมาจากการฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง และส่งเสริมวัฒนธรรมพืชเภสัชผักสวนครัว และวิถีชีวิตเรียบง่าย พอเพียงที่ไกลจากสารพิษ	1	1.619	2.937	43.218
องค์ประกอบที่ 5 การฝึก “สติ” ทั้งหมอยาพื้นบ้านและผู้ป่วยมะเร็งเป็นการเริ่มต้นบำบัดรักษาแบบพึ่งตนเองภายใต้มีการใช้เวลา(กาลสมุฏฐาน)แบบแผนวิถีประจำวันของสงฆ์	1	1.468	2.347	46.154

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบที่เหมาะสม มี 5 องค์ประกอบ ค่าความแปรปรวนสะสม ขององค์ประกอบทั้ง 5 เท่ากับ ร้อยละ 46.154 ของความแปรปรวนทั้งหมด

2. การตั้งชื่อองค์ประกอบ ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบ ที่วิเคราะห์ได้ทั้ง 5 องค์ประกอบ โดยพิจารณาจากข้อคำถามโดยรวมทั้งหมดในแต่ละองค์ประกอบ รายละเอียดการตั้งชื่อองค์ประกอบ มีดังนี้

ตารางที่ 2 องค์ประกอบที่ 1 หมอพื้นบ้านใช้สมุนไพร 7 และ 7 พุทธวิธี เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งใช้ศรัทธาดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ข้อ	ข้อคำถาม	น้ำหนัก
33	การรด/คั้นน้ำมัน และสวดมนต์เป็น 2 วิธีในมนต์พิธีของ 7 พุทธวิธีรักษาโรค สามารถเปลี่ยนสภาวะจิตใจผู้ป่วย และบันทึกอาการเจริญเติบโตของมะเร็งได้	0.660
32	หมอพื้นบ้านสามารถช่วยกด/บิดพลิกเส้นเลือดหรือน้ำเหลืองภายในกายและช่องท้องหรือเส้นเลือดชีวิตภายนอกกาย เพื่อลดอาการเจ็บปวดชั่วคราวก่อนจะให้ผู้ป่วยฝึกดูแลตนเองตามแนวพุทธ	0.645
27	เมื่อเชื่อว่ามะเร็งเป็นโรคจากการทำเวรทำกรรมแล้ว ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามโพชฌงค์ 7 และ 7 พุทธวิธีรักษาโรค	0.643
36	พิธีกรรมต่ออายุ สะเดาะเคราะห์หรือเสี่ยงทายข้าวสารเป็นดิน เสมือนเจตนารักษาแบบผสมผสานวิธีระหว่างพุทธวิธีกับลัทธิผีโบราณ ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการศรัทธาด้วยจึงสำเร็จประโยชน์	0.611
31	เทคนิค “หมอพื้นบ้าน ใช้การสร้างศรัทธาก่อนรักษาเพื่อเพิ่มกำลังใจผู้ป่วย(วิริยะ)แก่ผู้ป่วยตามแนวพระอินทร์ธรรม 5 ประการ แล้ว ผู้ป่วยก็ลดละอาหารทั้ง 4 ประเภท อย่างว่าง่ายสอนง่ายต่อไป	0.588

26	การงดกินนม/แมลงทุกชนิด น่าจะช่วยชะลอการผลิตยาฆ่าแมลง อีกทั้งพืชไร่จากทุ่งก็ลดลงเพราะเป็นการรักษาระบบนิเวศจะแก้แ้วรและกรรม	0.578
19	ข้อห้ามอาหาร “คำข้าว” บางชนิดที่มูลเหตุจากปฏิกิริยาเคมี เช่นอาจทำให้สมุนไพรโรจิดหรือเสีย การรักษาโรคจะเป็นอุปสรรค หมอพื้นบ้านจึงให้ตั้งคำบูชาครู เพื่อผู้ป่วยเชื่อฟังและกตัญญู	0.562
25	การป้องกันมะเร็งและโรคอื่นๆบางชนิดนั้น หมอพื้นบ้านมักให้เหตุผลว่าเป็นเชื้อพิษมาจากคนและพยาธิในสัตว์น้ำ อันสอดคล้องกับข้อห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ 10 ชนิดของพุทธศาสนา	0.538
30	ผู้ป่วยดูแลตนเองโดยละเล็กละเอินอาหารคำข้าว (กวฬิงการหาร) บางชนิดได้ ก็เกิดปัญหาที่จะเข้าถึงภายในใจ พิจารณาเรื่องผัสสาหาร มโน สัญญาเจตนาหารและวิญญาณหาร ด้วยตนเองก็สามารถเข้าสู่อุเบกขาสัมโพชฌงค์ หายขาดจากมะเร็ง	0.504
24	เมื่อผู้ป่วยย่อยอ่อนศีลและข้อห้ามตามพุทธวิธี หมอพื้นบ้านจึงเพิ่มข้อห้าม (ชะล่า) ในอาหาร “คำข้าว”(กวฬิงการหาร) เพื่อรักษา มะเร็งการปฏิบัติตามศีล 8 ผนวกกับการดูแลตนเองตาม 7 พุทธวิธีรักษาโรค จะทำให้	0.483
18	ผู้ป่วยเข้าถึงอาหารประเภทมโนสัญญาเจตนาหารและวิญญาณหารอันแก้ไขโรครวมหรือที่มาของมะเร็งคำบูชาครู เพื่อผู้ป่วยเชื่อฟัง และกตัญญูการเพิ่มความเพียรปฏิบัติสมาธิและรักษาพรหมจรรย์(งดเพศสัมพันธ์)ตามมงคลสูตรข้อ 9 จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลัง(พลธรรม 5) สามารถลดละกิเลสและการเสวย	0.466
37	อารมณ์จากอาหาร 4 ประเภท(แนวพุทธศาสนา)ได้มาก	0.440
28	ข้อห้ามอาหารประเภท “คำข้าว” (กวฬิงการหาร) หลากหลายชนิดนั้น ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกความอดทน(ขันติ) สอดคล้องกับพระมงคลสูตรข้อ 8 และได้ปล่อยวางฝึกปัสสัทธิและสมาธิสอดคล้องกับโพชฌงค์ ข้อ 5 และ 6 การรักษาโรค แนวพุทธ	0.440
41	ธรรมะคือธรรมชาติ ฉะนั้นการเข้าถึงธรรมชาติและรักษธรรมชาติจะนำมาซึ่งการปรับผู้ป่วยให้มีจิตมหายุสส อันจะสามารถ พัฒนาเป็นจิตอุเบกขาและปล่อยวาง(ปัสสัทธิ) ตามหลักธรรมโพชฌงค์ และจะหายป่วยได้	0.436
11	อาหารประเภท กวฬิงการหาร หรืออาหารคำข้าวที่ผ่านการบิณฑบาตของสงฆ์กลายเป็นอาหารมีคุณค่า(กินบาตร)ที่บำบัดโรคร้ายได้	0.369
12	การรับประทานยาสมุนไพรและปฏิบัติตามข้อชะล่า คือการรักษาตามพุทธวิธี	0.359

จากตาราง 2 พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีค่าไอเกนท์เท่ากับ 14.683 โดยข้อคำถามที่ 33 การลดคึมน้ำมันและสวดมนต์เป็น 2 วิธีในมนต์ พธิของ 7 พุทธวิธีรักษาโรค สามารถเปลี่ยนสภาวะจิตใจผู้ป่วย และบ้นทอนการเจริญเติบโตของมะเร็งได้มีน้ำหนัก องค์ประกอบมากที่สุดคือ 0.660 และข้อคำถามที่ 12 การ รับประทานยาสมุนไพรและปฏิบัติตามข้อชะล่าคือการรักษา ตามพุทธวิธี มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด คือ 0.359 เมื่อ พิจารณาข้อคำถามโดยรวมในองค์ประกอบที่ 1 พบว่า ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับการสร้างศรัทธาและการส่งเสริม กำลังใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง โดยหมอพื้นบ้านนำ องค์ธรรมโพชฌงค์ 7 และ 7 พุทธวิธี มาประยุกต์ใช้ในการดูแล รักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีศรัทธาในการดูแลตนเอง จึงตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “หมอพื้นบ้านใช้สัมโพชฌงค์ 7 และ 7 พุทธวิธี เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งใช้ศรัทธาดูแลสุขภาพด้วยตนเอง”

องค์ประกอบที่ 1 เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็น อันดับหนึ่ง ในกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งทั้งนี้ เพราะการที่บุคคลจะสามารถกระทำสิ่งใดประสบความสำเร็จ นั้น ต้องประกอบด้วยศรัทธาและการมีสติพิจารณาเหตุและผล อย่างแยกคางว่าอะไรเป็นคุณ และอะไรเป็นโทษ จะทำให้เกิด การยอมรับเพื่อการดูแลตนเองด้วยความยินดีเต็มใจ ทำให้มี ความสุขในการปฏิบัติจึงเป็นผลให้การรักษาโรคหรืออาการ เจ็บป่วยต่างๆ ได้ผลดียิ่งขึ้น สำหรับ 7 พุทธวิธี เป็นเครื่องมือ ในการดูแลรักษาทั้งกาย ใจ โดยมีการใช้สมุนไพรและอาหาร เป็นยาเป็นกลวิธีหลักที่ใช้ในการรักษาอาการทางกาย สำหรับ วิธีการลดคึมน้ำมันและให้ผู้ป่วยคึมน้ำมัน การสวดมนต์ เติ นจกรรม นั่งสมาธิ บูชาอธิฐาน และฟังธรรม เป็นการรักษาใจ ซึ่ง จะต้องดูแลควบคู่กันไปแยกจากกันไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยมีความ ศรัทธา และมีใจตั้งมั่น ในการดูแลตนเองก็จะสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างง่ายดาย ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพได้ตามเหตุปัจจัยและระยะของ โรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

ตาราง 3 องค์ประกอบที่ 2 นอกจากรักษาสีล 5 บริสุทธิ์แล้ว การทำทานอย่างสม่ำเสมอและภาวนาพิจารณา
เพื่อรอบรู้อาหารทั้ง 4 ประเภท (และอาหารแปรรูป) จะช่วยป้องกันโรคมะเร็ง

ข้อ	ข้อความ	น้ำหนัก
48	การลดเคส โภจ โกรธ หลง และ ละบาป บำเพ็ญบุญเพิ่มพูนใจไว้กังวลช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็ง มีอาการดีขึ้นและหายจากการป่วยได้	0.661
47	ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาสีลจะทำให้การรักษาได้ผลดีเพราะเป็นการงดเว้นการสร้างกรรมใหม่	0.645
43	การบวช หรือปฏิบัติธรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งและทำให้อาการดีขึ้น	0.569
46	การงดเว้นสิ่งที่เบียดเบียนสุขภาพและศีลศีลธรรมทั้งหมด ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งหายป่วยได้	0.547
42	การรักษาด้วยสมุนไพร ปฏิบัติกรรมฐานและรักษาสีล เป็นผลให้ผู้ป่วยมะเร็งบางรายมีอาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติได้แม้ว่าหมดหนทางรักษาตามแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว	0.520
44	ผู้ป่วยมะเร็งที่ทำบุญทำทานอุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร เมื่อเจ้ากรรมนายเวรให้อภัยจะมีอาการดีขึ้น และหายป่วยได้	0.511
39	การภาวนา มีนัยสำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็งเพราะสามารถฝึกจิตไม่หวั่นไหวในโลกธรรม 8 ซึ่งเป็นผัสสาหาร มโนสัญญาเจตนา หารและวิญญาณหาร ที่มีส่วนทำให้มะเร็งกำเริบ	0.436

จากตาราง 3 พบว่า องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ มีค่าไอเก้นท์เท่ากับ 2.856 โดยข้อคำถามที่ 48 การลดกิเลส โภจ โกรธ หลง และ ละบาป บำเพ็ญบุญ เพิ่มพูนใจไว้กังวล ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการดีขึ้นและหายจากการป่วยได้ มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ 0.661 ข้อคำถามที่ 39 การภาวนามีนัยสำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็งเพราะสามารถฝึกจิตไม่หวั่นไหวในโลกธรรม 8 ซึ่งเป็นอาหารประเภทผัสสาหาร มโนสัญญาเจตนาหาร และวิญญาณหาร ที่มีส่วนทำให้มะเร็งกำเริบมีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ 0.436 เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามโดยรวม ที่อยู่ในองค์ประกอบที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย ประเด็นเกี่ยวกับการรักษาสีล การทำทาน และการพิจารณาอาหาร 4 ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อการเว้นขาดจากการทำชั่ว การทำดี ทำจิตใจให้ผ่องใส ตามหลักหัวใจของพระพุทธศาสนา จะช่วยให้พ้นทุกข์ได้ ศีลเป็นเครื่องมือควบคุมกาย วาจา ใจ ผู้ที่ฝึกศีลจะนำความทุกข์กายทุกข์ใจ

มาให้โดยเฉพาะการฝึกศีลข้อ 1 ซึ่งเป็นการเบียดเบียนทั้งตนเอง และผู้อื่นก็จะทำให้เป็นผู้มีโรครุม การทำทานอย่างสม่ำเสมอจะทำให้จิตใจผ่องใส และการเข้าถึงอาหาร 4 ประเภท ได้แก่ 1) กวฬิงการหาร ได้แก่ ข้าว ปลา อาหาร ที่เรากินทางปากเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกาย 2) ผัสสาหาร เพื่อความก่อให้เกิดผัสสะหรือการรับรู้โลก 3) มโนสัญญาเจตนาหาร เพื่อความก่อให้เกิดการปรุงแต่ง หรือสังขาร 4) วิญญาณหาร เพื่อความก่อให้เกิดวิญญาณหรือการรู้ารมณ ก็จะทำได้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขตามที่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสไว้ว่า อาหารเป็นหนึ่งในโลกสรรพสิ่งทั้งหลายดำรงอยู่ได้เพราะมีอาหารดังนั้น จึงตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ นอกจากรักษาสีล 5 บริสุทธิ์แล้ว การทำทานอย่างสม่ำเสมอ และ ภาวนาพิจารณาเพื่อรอบรู้อาหารทั้ง 4 ประเภท (และอาหารแปรรูป) จะช่วยป้องกันโรคมะเร็ง ”

ตาราง 4 องค์ประกอบที่ 3 การงดเว้นเนื้อสัตว์ 10 ชนิด แนวพุทธ คือการป้องกันโรคมะเร็ง และการงดเว้นเนื้อสัตว์ทุกชนิด คือการรักษาตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อ	ข้อความ	น้ำหนัก
34	“เนื้อสัตว์” คือวงจรอาหารหรือกลไกระบบนิเวศภายในกายของผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นอาหารโอชะของโรคมะเร็ง จึงควรละเลิกเนื้อสัตว์	0.656
50	ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาหาย หรืออาการดีขึ้นแล้วเสาะหาช่วยเหลือให้คำแนะนำวิธีการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยอื่นๆ จะสุขใจจากการเป็นผู้ให้ ทำให้สุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น	0.626
40	การดูแลตนเองของผู้ป่วย ควรใส่ใจคุณลักษณะตามธาตุขันธ์ของตนเอง และศึกษาภูมิรู้เรื่องยาสำหรับมะเร็งภายนอกและภายในเพื่อการรักษาที่เหมาะสม	0.621
35	เมื่อด้วงจรรอาหาร(คำข้าว) ระหว่างเนื้อสัตว์กับมะเร็งได้ก็เท่ากับว่าผู้ป่วยสามารถลดเคส โภจ ที่ติดอยู่ในอารมณ์จากการเสวย ผัสสาหารและมโนสัญญาเจตนาหารได้	0.618

49	การดูแลตนเองที่เหมาะสมเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น	0.597
21	การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้เป็นมงคลชีวิตโดยใช้มงคลสูตรข้อ 6 คืองดเว้นจากการทำบาปทั้งหลาย งดเว้นดื่มน้ำเมาและไม่ประมาทในธรรมทั้งปวงแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งก็จะมีชีวิตยืนยาว	0.515
45	การให้กำลังใจและดูแลไม่ให้เครียด โดยให้มีโอกาสทำบุญ ทำทาน สวดมนต์ ถวายทาน รักษาศีล จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีชีวิตยืนยาวขึ้น	0.471
38	ข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง คือกลืนกินอาหารที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองโดยใช้อาหาร (กวฬิงการอาหาร) บางชนิดเป็นยาแล้วจึงฝึกให้ผู้ป่วยต้องทำทาน ศีล ถวายทาน เพื่อเป็นที่รักแก่คนรอบข้าง	0.443
22	สำนวน “ข้าว ผัก เป็นยา” คือภูมิปัญญาการใช้อาหาร “ข้าว” (กวฬิงการอาหาร) เพื่อรักษามะเร็งแก่ตนเองและผู้อื่น	0.431

จากตาราง 4 พบว่า องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีค่าไอเกนท์เท่ากับ 2.451 โดยข้อคำถามที่ 34 “เนื้อสัตว์” คือวงจรอาหารหรือกลไกระบบนิเวศภายในกายของผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นอาหารโอชะของมะเร็งจึงควรละเลิกเนื้อสัตว์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ 0.656 และข้อคำถามที่ 22 สำนวน “ข้าว ผัก เป็นยา” คือภูมิปัญญาการใช้อาหาร “ข้าว” (กวฬิงการอาหาร) เพื่อรักษามะเร็งแก่ตนเองและผู้อื่น มีน้ำหนักขององค์ประกอบน้อยที่สุดคือ 0.431 เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามโดยรวมที่อยู่ในองค์ประกอบที่ 3 ซึ่งประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับ การงดเว้นการรับประทานเนื้อสัตว์ การรับประทานอาหารที่ปลอดภัยตามภูมิปัญญาการใช้ ข้าว ผักเป็นยา รวมทั้งการดูแลรักษาใจตามอาหาร 4 ประเภท โดยเฉพาะประเด็นการบริโภคเนื้อสัตว์ ทั้งนี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า เนื้อสัตว์ทำให้เกิดโทษภัย ทำให้

ผู้บริโภคมียายุสั้น ดังข้อมูลที่ชาว ฮันซาซึ่งไม่บริโภคเนื้อสัตว์ มีอายุเฉลี่ยถึง 110 ปี ในขณะที่ชาวเอสกิโมซึ่งบริโภคเนื้อสัตว์อย่างเดียวนั้น มีอายุเฉลี่ยเพียง 27.4 ปี⁽⁵⁾ การบริโภคเนื้อสัตว์เป็นการเบียดเบียนชีวิตผู้อื่น นอกจากนี้ในเนื้อสัตว์มีสารพิษที่ก่อให้เกิดมะเร็งหลายชนิด รวมทั้งมีฤทธิ์เป็นกรดซึ่งเมื่อบริโภคเข้าไปแล้วสภาวะที่ร่างกายเป็นกรดจะทำให้เซลล์มะเร็งมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว และเมื่อนำมาปรุงแต่งโดยการปิ้ง ย่าง รมควัน พิษภัยก็ยิ่งจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนั้นการงดเว้นจากการบริโภคเนื้อสัตว์จึงเป็นผลให้ทั้งผู้ป่วยมะเร็ง และบุคคลทั่วไปปลอดภัยทั้งในมิติการป้องกัน และการรักษาโรคมะเร็ง จึงตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “การงดเว้นเนื้อสัตว์ 10 ชนิดแนวพุทธคือการป้องกันโรคมะเร็ง และการงดเว้นเนื้อสัตว์ทุกชนิดคือการรักษาตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง”

ตาราง 5 องค์ประกอบที่ 4 ลักษณะคือคือสุขภาวะในชุมชนอันเอื้อต่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยมะเร็ง และส่งเสริมวัฒนธรรม พืชผักสวนครัว และวิถีชีวิตเรียบง่าย พอเพียง

ข้อ	ข้อคำถาม	น้ำหนัก
5	การที่ประชาชน ประเทศ สปป.ลาว เจ็บป่วยโรคมะเร็งน้อยนั้น เพราะปฏิบัติตามกฎ “ฮิตคอง” และสาราณียธรรม 6 (ขยัน สะอาด ประหยัด ซื่อสัตย์ เสียสละ กตัญญู)	0.645
2	การถือศีลเสมือนการประพฤติตามข้อห้ามอย่างเคร่งครัดทำให้จิตใจสบายตลอดเวลาและไม่เจ็บป่วยรุนแรง	0.592
8	วิถีชีวิตในเมือง ปฏิบัติตาม ฮิต และ 7 พุทธวิธีรักษาโรคได้น้อย แต่คนชนบทสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ จึงสามารถป้องกันและรักษาโรคได้ตามพุทธวิธี	0.591
9	ชุมชนใน ประเทศ สปป.ลาว สามารถปฏิบัติตามข้อห้ามของศีล และข้อห้าของฮิตคอง จึงสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยโรคทุกชนิด	0.532
3	ข้อห้ามเนื้อสัตว์ 10 ชนิดในหลักธรรมของทุกศาสนา(รวมศาสนาผี) หรือ “ชะล่าของกิน” ทำให้เราไกลจากจิตอันตรรายของโรคภัย	0.526
7	ปลูกผักเป็นยา ดักปลาแม่น้ำโขง” คือวิถีประเพณีเพื่อ “อาหารสด” ป้องกันและรักษาสุขภาพของครัวเรือนและชุมชน	0.515
10	การปฏิบัติตามข้อห้ามศีล 5 และ 8 ของภราดร และพระวินัย 227 ข้อของ พระสงฆ์เป็นการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ	0.515
6	วิถีชีวิตที่เรียบง่าย ไม่เร่งรีบ มีความพอเพียง และรักกันฉันท์พี่น้องคือพฤติกรรมประจำวันที่ลดละอภิสถาในอาหารประเภท ผักสด และผลไม้สดจนอาหาร จึงเจ็บป่วยน้อย	0.503
4	ข้อห้าของอาหารของเด็ก สตรีหลังคลอด คนชรา คือภูมิรู้ที่สืบทอดจากบรรพบุรุษซึ่งการรักษาและประพฤติปฏิบัติในสถาบันครอบครัวและเครือญาติ	0.496
1	การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเริ่มต้นที่การปลูกผักกินเองตามฤดูกาล	0.488

จากตาราง 5 พบว่า องค์ประกอบที่ 4 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อมีค่าไคเกณฑ์เท่ากับ 1.619 โดยข้อคำถามที่ 5 การที่ประชาชนประเทศ สปป.ลาว เจ็บป่วยโรคมะเร็งน้อยนั้นเพราะปฏิบัติตามกฎ “ฮิตคอง” และสารานิยธรรม 6 (ขยัน สะอาด ประหยัด ซื่อสัตย์ เสียสละ กตัญญู) มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ 0.645 และ ข้อคำถามที่ 1 การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ควรเริ่มต้นที่การปลูกผักกินเองตามฤดูกาล มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด คือ 0.488 เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามโดยรวมที่อยู่ในองค์ประกอบที่ 4 ซึ่งประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับการที่ประชาชน ประเทศ สปป.ลาว เจ็บป่วยโรคมะเร็งน้อยนั้นเพราะปฏิบัติตามกฎ “ฮิตคอง” ที่เป็นแบบแผนประเพณีฮิต 12 หรืองานบุญประเพณี 12 เดือน ซึ่งเป็นการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องและกลมกลืนกับธรรมชาติที่เปลี่ยนแปลงไปตามฤดูกาลและการยึดถือปฏิบัติตามคุณธรรมสารานิยธรรม 6 (ขยัน สะอาด ประหยัด ซื่อสัตย์

เสียสละ กตัญญู) เป็นการปลูกฝังรากฐานการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชนอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงทำให้เป็นสังคมที่อุดมสุข มีความอบอุ่น ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และวิถีชีวิตที่เรียบง่าย พอเพียง ไม่เร่งรีบเป็นผลให้ผู้คนไม่เกิดความเครียดอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย ดังนั้นการได้อาหารใจที่ดี และมีอาหารกายที่ปลอดภัยไร้สารพิษจากพืชผักสวนครัวที่ปลูกไว้รอบบ้านทำให้ได้รับโภชนาการที่สดใหม่ซึ่งอุดมไปด้วยสารอาหารสำคัญ เช่น วิตามิน เกลือแร่ ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายก็จะทำให้สุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย หรือสามารถฟื้นฟูร่างกายได้ จึงตั้งข้อสรุปประกอบนี้ว่า “ ถัทธิสืตคองคือ สุขภาวะในชุมชนอันเอื้อต่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยมะเร็ง และส่งเสริมวัฒนธรรมพืชเกษตรผักสวนครัวและวิถีชีวิตเรียบง่าย พอเพียง ”

ตารางที่ 6 องค์ประกอบที่ 5 การฝึกสติทั้งหมดที่บ้านและผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นการเริ่มต้นบำบัดรักษาแบบพึ่งตนเอง ภายใต้มาตรการใช้เวลา (กาลสมภูจฺจาน) แบบแผนวิถีประจำวันของสงฆ์

ข้อ	ข้อคำถาม	น้ำหนัก
17	บทบาทหมอสุตรหมอชาเสมือน"สดีเมือง" หรือผู้ทรงธรรม คอยปลุกสติและธัมมวิจยแก่ผู้ป่วย ตามหลักการรักษาโดยโพชนงค์ 7 ผสมผสานกับลัทธิ "ฮิตคอง"	0.668
16	การลิกขารธรรมอาหะรปฏิภูถเพื่อเข้าเืงอาหาร 4 ประเภทแห่งพุทศาสนา คือการดูแลตนเองของผู้ป่วยะเรีงและโรคอื่นๆ	0.615
15	การปฏิบัติตามข้อห้าม(ชะล่า)ในการบริโภคอาหารประเภทค้ำข้าว(กวฟิงการหาร) อย่างเดียวไม่พอ ควรปฏิบัติตามข้อห้ามแห่งศีล และรักษาทรมจรรยเพื่อลดละกิเลสในอาหารประเภทสัสหารและวิญญาหารด้วยจึงไกลจากมะเรีง	0.605
14	นอกจากการรับประทานชาสมุนไพรแล้วการทำสมาธิ เตินจงกรม สวดมนต์ ฟังธรรม รดและดื่มน้ำมนต์ และถือศีล 5 หรือ 8 อย่างเคร่งครัด คือการปฏิบัติ 7 พุทวิธีรักษาโรคด้วยตนเอง	0.474
20	การรับประทานอาหารเหจริมังสวัริค เป็นอีกทางเลือกที่ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างมีประลัทธิภาพสำหรับการรักษามะเรีง	0.447
23	คนลาวและคนอีสาน เชื่อถือและปฏิบัติตามลัทธิ "ฮิตคอง" อันเป็นรากฐานน้อมนำพระมงคลสูตรข้อ 9 ถือมีความเพียรที่จะประพฤดิทรมจรรย จักช่วยให้ห่างไกลจากโรคมะเรีง	0.437
13	การบวชพระหรือรับประทานอาหารเพียง 2 มื้อก่อนตะวันตกดิน คือการดูแลตนเองตามพุทวิธีรักษาโรค จึงไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเรีง	0.418
29	เมื่อละเล็กลอาหารค้ำข้าวตามข้อห้ามได้ จิตและกายของผู้ป่วยก็จะน้อมง่ายต่อการรักษาบุญกิริยาวัตถุ 10 (หรือทาน ศีล ทานา) เป็นทั้งการเสริมบุญบารมีและแก้กรรม ดัดจงจราหารของมะเรีง	0.378

จากตาราง 6 พบว่า องค์ประกอบที่ 5 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยมีค่าไอเกนที่เท่ากับ 1.468 ข้อคำถามที่ 17 บทบาทหมอสูตรหมอยาเสมือน “สติเมือง” หรือผู้ทรงธรรม คอยปลุกสติและธัมมวิจยแก่ผู้ป่วยตามหลักการรักษาโดยโพชนังค 7 ผสมผสานกับลัทธิ “ฮีดคอง” มีน้ำหนัก

องค์ประกอบมากที่สุดคือ 0.668 และข้อคำถามที่ 29 เมื่อละเล็กละเอียดอาหารคำข้าวตามข้อห้าม ได้จัดและกายของผู้ป่วยก็จะง่ายขึ้นต่อการรักษานูญกิริยาดุล 10 (หรือทาน สด ภาวนา) เป็นทั้งการเสริมบุญบารมีและแก้กรรม คัดวงจรอาหารของมะเร็ง มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ 0.378 เมื่อพิจารณาจากข้อ

คำถามโดยรวมที่มีอยู่ในองค์ประกอบที่ 5 ซึ่งประกอบด้วยประเด็นที่เกี่ยวกับการฝึกสติและพิจารณาสร้างศรัทธาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามหลักกรรมโพชฌงค์ 7 ที่มีการผสมผสานกับแนวทางการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและวิถีชีวิตประจำวันของสงฆ์ ซึ่งองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้บัญญัติไว้ เพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อให้เข้าถึงหนทางแห่งการพ้นทุกข์ โดยปฏิบัติให้ถูกต้องครบถ้วนตามอาหาร 4 และการปฏิบัติตามวัตรปฏิบัติของสงฆ์เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับนาฬิกาอวัยวะใน 24 ชั่วโมง ซึ่งกำหนดเวลาไว้ให้ใส่ใจกับการบำรุงรักษาขั้นของอวัยวะต่างๆ ช่วงละ 2 ชั่วโมง หนึ่งวันก็จะเป็น 12 ช่วงเวลา เช่น เวลา 03.00-05.00 น. เป็นเวลาที่พลังงานจะเคลื่อนไปที่ปอด จึงควรตื่นเวลาตี 3 เพื่อให้ปอดได้ออกซิเจนไปฟื้นฟูเซลล์ และขับสารพิษออกจากเซลล์ เวลา 03.00 น. พระสงฆ์ตื่นทำวัตรเช้า และพระสงฆ์ไม่ฉันอาหารมื้อเย็นซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามวัตรเป็นการเปลี่ยนอริยาบถ ทำให้รู้จักกาล รู้จักเวลา รู้ว่าเวลาไหนควรทำอะไร เมื่อทำสม่ำเสมอแล้วจะกลายเป็นพฤติกรรมที่ทำด้วยความเต็มใจอันเป็นผลดีต่อสุขภาพทั้งกายและใจ การที่บุคคลจะสามารถฝึกสติได้จึงต้องมีสติที่ตั้งมั่นเพื่อพิจารณาเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสม มีความเพียร ยินดีเต็มใจและยอมรับในผลที่จะเกิดขึ้น จึงจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “การ

ฝึกสติทั้งหมอปั่นบ้าน และผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการเริ่มต้นบำบัดรักษาแบบพึ่งตนเองภายใต้วิถีการใช้เวลา (กาลสมุฏฐาน) แบบแผนวิถีประจำวันของสงฆ์”

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรได้มีนำองค์ประกอบข้อห้ามเชิงพฤติกรรมของการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ไปใช้เป็นแนวทางในการรักษาและการป้องกันโรคมะเร็ง
- 2.ควรได้มีการบูรณาการองค์ความรู้การแพทย์แผนต่างๆ จะทำให้เกิดผลดีในการแก้ปัญหาโรคมะเร็งได้มากขึ้น
- 3.ควรอนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชนด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.อัญญา ภารัตน์ และ ดร.อุษา กลมพันธุ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนาให้การศึกษาในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.มาลินี อุทธิเสน และ ดร.ใจเพชร กล้าจน ที่เป็นกำลังใจและให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบพระคุณหมอปั่นบ้าน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาค้นคว้านี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2560). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร จำกัด. กรุงเทพฯ, 2556.
2. เฉลียว ปิยะชน. รู้สู้โรคเพื่อชีวิต ชีวิตเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. สุขกายสุขใจ. กรุงเทพฯ, 2552.
3. สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย. รายงานการวิจัยการศึกษาศาสนาการนำภูมิปัญญาของหมอปั่นบ้านในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ, 2556.
4. อรทัย สุทธิ. จะล้าที่เกี่ยวกับสุขภาพจากภูเขา. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาภาษาไทย มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2556.
5. ใจเพชร กล้าจน. ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียง ตามหลักการแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธของ ศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่าบุญ อ.คอนคาจ จ.มุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนบูรณาการศาสตร์. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2553.

ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขาวง พ.ศ.2559

Job satisfaction Nursing staff Khao Wong Hospital , 2016

มีฤทธิ์ ศรีประไหม¹

Meerith Sripramai

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเขาวง ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเขาวง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 61 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ (แบบวัดคุณภาพชีวิตของพยาบาล) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของสำนักงานพยาบาล (QA_011) ตามทฤษฎีสองปัจจัย(Two-Factors Theory)ของเฮร์ซเบิร์ก เมาส์เนอร์ และ ซินเดอร์แมน (Herzberg , Mausner and Synderman,1959:44-50) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 – 31 ตุลาคม 2559 ได้ข้อมูลครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเขาวง มีความพึงพอใจในการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.46 โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.80 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.11 โดยในหมวดการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปี บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.44 ส่วนในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.49 ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความพึงพอใจในการทำงานสามารถนำไปวางแผนการเสริมสร้างและเพิ่มระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลเขาวงต่อไป

คำสำคัญ : ความพึงพอใจในการทำงาน บุคลากรทางการแพทย์

Abstract

This survey research aimed to study the level of job satisfaction among nurses. The samples were 61 nurses working at Khao Wong Hospital for at least 1 year. The instrument was Job Satisfaction Questionnaire: The balance between the life and work of nursing personnel (measure the quality of life of nurses) under the Ministry of Public Health of the Council of Nursing (QA_011) following the Two-Factors Theory of Herzberg , Mausner and Synderman, 1959:44-50. The data collection was done in the period 1 - 31 October, 2016. The data were analyzed using program package: The frequency distribution percentage and mean.

The research found that the overall satisfaction among the nurses at Khao Wong Hospital was at a moderate level, with an average score of 3.46. The relationship and acceptance among colleagues was the maximum average score of 3.80 and the minimum satisfaction with the welfare of work of 3.11. In the human resources management category, the nursing staff was satisfied at a moderate level in the 1 year period, with an average score of 3.44. In the category of satisfaction with quality of life balanced between life and work, the nursing personnel satisfaction was at a moderate level with a average score of 3.49 The results of this study show that job satisfaction can be used to plan, enhance, and increase the level of job satisfaction of the nursing personnel of Khao Wong Hospital.

Key words : Job Satisfaction , Among Nurses

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

บุคลากรทางการแพทย์ เป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดขององค์กรพยาบาล เป็นปัจจัยนำเข้าที่มีผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งการสรรหาและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรส่วนใหญ่เป็นไปตามระเบียบราชการ แต่การชำระรักษามูลค่าการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถให้คงอยู่ในงานให้นานที่สุด รวมถึงการใช้กลวิธีที่จะจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ มีแรงจูงใจ มีขวัญกำลังใจและมีความพึงพอใจในงาน มีความผูกพัน มีความจงรักภักดีต่อองค์กร เป็นสิ่งที่ผู้บริหารองค์กรพยาบาลจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าคุณภาพบริการพยาบาล⁽¹⁻²⁾

โรงพยาบาลเขาวง อำเภอกาบัง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงให้บริการจริง 84 เตียง มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 345 ราย ผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 74 ราย อัตราครองเตียง 123.87⁽³⁾ มีบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 68 คน ปฏิบัติงานที่ฝ่ายและงานอื่น จำนวน 10 คน และมีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวลาออก 2 คน ในขณะที่มีพยาบาลวิชาชีพสังกัดกลุ่มการพยาบาล จำนวน 58 คน (ข้อมูล ณ ตุลาคม 2559) คิดเป็นร้อยละ 77 ของความต้องการพยาบาลทั้งหมด ตาม FTE 2.75 ที่ขั้นต่ำร้อยละ 80 ผลผลิตทางการพยาบาล (Nursing productivity) มีดังนี้ งานผู้ป่วยในร้อยละ 195.36 งานผู้ป่วยนอกร้อยละ 117.1 งานอุบัติเหตุฉุกเฉินร้อยละ 197.9 งานห้องคลอดร้อยละ 58.2 และงานห้องผ่าตัดร้อยละ 30.01 (ค่ามาตรฐานร้อยละ 90-110) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่เหลืออยู่จึงต้องปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นโดยมีจำนวนเวรมากขึ้นเฉลี่ย 8-16 เวร/คน/เดือน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ในรอบปีที่ผ่านมา ยังไม่มีการสำรวจความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เลย จึงไม่ทราบว่าการพยาบาลมีความคิดเห็นต่อองค์กรเป็นอย่างไร ผู้ศึกษาซึ่งได้แต่งตั้งให้

รักษาการหัวหน้าพยาบาลจึงต้องการศึกษาเรื่อง "ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขาวง พ.ศ.2559" เพื่อจะได้นำข้อมูลไปพัฒนาปรับปรุงจุดอ่อนของระบบบริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาล ด้านการเสริมสร้างความพึงพอใจในการทำงาน เพื่อการชำระรักษามูลค่าการให้คงอยู่ในงานและลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สายงานที่ปฏิบัติ ประเภทของบุคลากร ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และหน่วยงานที่ปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขาวง
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขาวง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ (แบบวัดคุณภาพชีวิตของพยาบาล) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของสำนักงานการพยาบาล (QA_011)⁽⁴⁾ ที่ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 ซึ่งมี 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในงานของบุคลากรทางการแพทย์ ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพ จำนวน 27 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 หมวดคือ

1. หมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 16 ข้อ
2. หมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน จำนวน 11 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดสมมติแบบจัดระดับ (rating scale) มี 5 ระดับ กำหนดคะแนน 5 , 4 , 3 , 2 และ 1 โดยคะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด แล้วนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม

แปลผลคะแนนของความพึงพอใจโดยใช้มาตราส่วนในการอ่านค่าเฉลี่ยของ Likert scale โดยใช้ค่าพิสัย(ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด) และแปลความหมายของคะแนนเป็น 5 ระดับ โดย คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด คะแนน 1.50– 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนน 2.50– 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง คะแนน 3.50 – 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมาก คะแนน 4.50 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สายงาน ที่ปฏิบัติประเภทของบุคลากร ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และหน่วยงานที่ปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเขาวง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่า บุคลากรทางการแพทย์เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.4 เพศชายร้อยละ 6.6 มีอายุระหว่าง 26 – 30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 31.1 รองลงมาอยู่ระหว่าง 22 – 25 ปี ร้อยละ 16.4 และอายุ 56 ปีขึ้นไปน้อยที่สุด ร้อยละ 4.9 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 98.4 พยาบาลเทคนิค ร้อยละ 1.6 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 63.9 เป็นลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 27.9 และ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 8.2 โดยปฏิบัติงานในตำแหน่งปฏิบัติการร้อยละ 93.4 ปฏิบัติงานในตำแหน่งบริหาร ร้อยละ 6.6 และปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยในมากที่สุด ร้อยละ 41.0 รองลงมาปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกและ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 13.1 และงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีน้อยที่สุด ร้อยละ 4.9 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 – 5 ปี มากที่สุดร้อยละ 44.3 รองลงมา 6 – 10 ปี ร้อยละ 19.7 และ 31 ปีขึ้นไปน้อยที่สุดร้อยละ 1.6

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลเขาวง วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน พบว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์

โรงพยาบาลเขาวง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.46 โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.80 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานน้อยที่สุดคะแนนเฉลี่ย 3.11

สรุปผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยสามารถสรุปตามวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยดังนี้

1.3 บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลเขาวงมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.44 โดยมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเองต่อการสนับสนุนให้บุคลากรได้นำความรู้มาใช้ในการพัฒนางานและต่อการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชามากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.59 และมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนงบประมาณวัสดุอุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.20

1.4 บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลเขาวงมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.49 โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.80 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.11

1.5 บุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจในการทำงาน ในหมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.98 โดยมีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชามากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.37 และมีความพึงพอใจต่อการจัดเตรียมและพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อการพัฒนาบุคลากรน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.00

1.6 บุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจในการทำงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.01 โดยมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างบุคลากร ต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและต่อที่ทำงานได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.37 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานและต่อการให้ความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากรน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.62

1.7 บุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยใน มีความพึงพอใจในการทำงานในหมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.35 โดยมีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.64 และมีความพึงพอใจต่อการจัดเตรียมและพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อการพัฒนาบุคลากรน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.84

1.8 บุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยใน มีความพึงพอใจในการทำงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50 โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.80 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.12

1.9 บุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในการทำงานในหมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.52 โดยมีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.87 และมีความพึงพอใจต่อการจัดเตรียมและพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อการพัฒนาบุคลากรน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.62

1.10 บุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในการทำงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.65 โดยมีความพึงพอใจต่อการจัดสภาพแวดล้อมในหน่วยงานที่เอื้อต่อการทำงานและต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.00 และมีความพึงพอใจต่อนโยบาย/มาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากรน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.12

1.11 บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มข้าราชการ มีความพึงพอใจในการทำงานในหมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.55 โดยมีความพึงพอใจต่อกระบวนการพิจารณาความดีความชอบบุคลากรมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.71 และมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.35

1.12 บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มข้าราชการ มีความพึงพอใจในการทำงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.57 โดยมีความพึงพอใจต่อที่ทำงานได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.84 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.17

1.13 บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข มีความพึงพอใจในการทำงานในหมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.20 โดยมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเองมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.80 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสรรอัตรากำลังในการทำงาน ต่อการสนับสนุนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ต่อการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานและต่อ

กระบวนการแก้ไขปัญหาคะแนนเฉลี่ย 2.80

1.14 บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.34 โดยมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างบุคลากร ต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและต่อที่ทำงานเป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จของงาน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.80 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงาน ต่อการเปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอข้อมูลและข้อคิดเห็นต่อผู้บริหารและต่อมาตรการดำเนินงานที่มีต่อความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.00

1.15 บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.23 โดยมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนให้บุคลากรได้นำความรู้มาใช้ในการพัฒนางานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.52 และมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.94

1.16 บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.33 โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.82 และมีความพึงพอใจต่อนโยบาย/มาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากรน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.94

1.17 บุคลากรทางการแพทย์ ประเภทการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติ มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล ของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.42 โดยมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเอง

มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.59 และมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.15

1.18 บุคลากรทางการแพทย์ ประเภทการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติ มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.47 โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.80 และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.08

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาแยกอภิปราย ดังนี้

1. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในระดับมากในข้อ สัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน เนื่องจากโรงพยาบาลเขาวงมีนโยบายให้บุคลากรอยู่ร่วมกันเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ให้ความสำคัญกับทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปภณวิชย์ พานูรัตน์⁽⁵⁾ ส่วนความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานอยู่ในระดับน้อยนั้น เนื่องมาจากสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลเขาวงยังวิกฤติ ระดับ 7 จึงต้องให้ความสำคัญในการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาล โดยงดการจัดกิจกรรม OD นอกสถานที่ จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ได้รับความพึงพอใจน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยธิดา ตรีเดชและคณะ ที่พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ต่อต้านรายได้และสวัสดิการต่ำที่สุด

2. เมื่อทำการวิเคราะห์หาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละแผนกต่อความพึงพอใจตามหมวดแล้วพบว่า บุคลากรงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีความพึงพอใจในหมวดการบริหารบุคลากร ของ

หน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในด้านการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา มากที่สุดทั้ง 2 หน่วย เนื่องจากผู้บริหารต้องจัดหาบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยงานอื่นมาช่วยงานในกรณีมีภาระงานมากและอัตรากำลังมีน้อย และมีความพึงพอใจน้อยต่อการจัดเตรียมและพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อการพัฒนาบุคลากร เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีห้องสมุดสำหรับให้บุคลากรมาใช้บริการ

ส่วนในหมวดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน บุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยมีความพึงพอใจ ต่อบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างบุคลากร ต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและต่อที่ท่านได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ มากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานและต่อการให้ความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรน้อยที่สุด ส่วนงานผู้ป่วยในมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานน้อยที่สุด

บุคลากรงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในหมวดการบริหารบุคลากร ของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในด้านการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา มากที่สุด เนื่องจากผู้บริหารต้องจัดหาบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอื่นมาช่วยงานในกรณีมีภาระงานมากและอัตรากำลังมีน้อย และมีความพึงพอใจน้อยต่อการจัดเตรียมและพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อการพัฒนาบุคลากร เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีห้องสมุดสำหรับให้บุคลากรมาใช้บริการ

ส่วนในหมวดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน บุคลากรงานผู้ป่วย

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจระดับมากในข้อต่อการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานและต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากรในหน่วยงาน บุคลากรในกลุ่มข้าราชการ มีความพึงพอใจในหมวดการบริหารบุคลากรของหน่วยงาน ในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจมากต่อการพิจารณาความดีความชอบ ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของประภาพร จงใจภักดีและคณะ (2555)⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติ มีความพึงพอใจในงานด้านการเลื่อนตำแหน่งและด้านรายได้ สวัสดิการมีความพึงพอใจต่ำและแตกต่างกับผลการศึกษาของชลิดา ตาคำปัญญา (2552)⁽⁷⁾ ได้ศึกษา ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการมีโอกาสดำเนินการต่อ ตารางปฏิบัติงานและการเลื่อนขึ้นเลื่อนตำแหน่ง และมีความพึงพอใจน้อยต่อการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์

ส่วนในหมวดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานบุคลากรกลุ่มข้าราชการมีความพึงพอใจมากต่อข้อให้ท่านได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ และมีความพึงพอใจน้อยในข้อการจัดสวัสดิการในการทำงาน บุคลากรในกลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว มีความพึงพอใจในหมวดการบริหารบุคลากรของหน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนให้บุคลากรได้นำความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน ต่อบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างบุคลากร ต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานต่อที่ท่านเป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จของงานและพึงพอใจต่อการจัดสรรอัตรากำลังในการทำงานมากที่สุดและต่อการสนับสนุนบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ต่อการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาและยุติความขัดแย้ง น้อยที่สุด

บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มพนักงาน กระทรวงสาธารณสุข มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างบุคลากร ต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและต่อที่ท่านเป็นส่วนหนึ่งในการความสำเร็จของงานมากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงาน ต่อการเปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอข้อมูลและข้อคิดเห็นต่อผู้บริหารและ ต่อมาตรการดำเนินงานที่มีต่อความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงานน้อยที่สุด

บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากที่สุดและมีความพึงพอใจต่อนโยบาย/มาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากรน้อยที่สุด

บุคลากรทางการแพทย์ ประเภทการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติ โรงพยาบาลเขาวง มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของ หน่วยงานในรอบ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเองมากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานน้อยที่สุดซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ ชลิดา ตาคำปัญญา(2552)⁽⁷⁾ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านความเพียงพอของอุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงานอยู่ ในลำดับสูงสุด

บุคลากรทางการแพทย์ ประเภทการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติ มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหมวดความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคลากร การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน มากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อการจัด

สวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาขอเสนอแนะสำหรับผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเขาวง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจน้อยต่อการจัดเตรียมและพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อการพัฒนาบุคลากร ต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงาน ต่อ นโยบาย/มาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร จึงควรจัดตั้งห้องสมุดให้ชัดเจนพร้อมทั้งจัดหาเอกสารตำราทางวิชาการมาไว้ให้บุคลากรได้ศึกษาค้นคว้าอย่างเพียงพอ ส่งเสริมการเรียนรู้จากคอมพิวเตอร์ ผู้นำทุกระดับหนุนเสริมให้มีการนำความรู้และทักษะใหม่ๆที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมการนำความรู้และทักษะใหม่ที่สำคัญมาสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน และควรจัดให้มีสวัสดิการด้านอื่นๆให้กับบุคลากรอย่างเหมาะสมเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในระบบยาวนานขึ้น

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระดับแรงจูงใจกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขาวง

3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระดับแรงจูงใจกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มอื่นๆ ของโรงพยาบาลเขาวง

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจากคุณอดิสร อุครทักษ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณนายแพทย์วิโรจน์ กอบางยาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง ที่ได้ให้โอกาสเอื้ออำนวยความสะดวกคำแนะนำ ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นแก่ผู้ศึกษาวิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณคุณณภรณ์ ดิตติ ที่ช่วยบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดและตรวจสอบความถูกต้องของ

อักษรและ จัดรูปแบบในการพิมพ์สำเร็จเป็นเล่มสมบูรณ์ ท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตอบ
ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขาวงกต แบบสอบถามในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายคุณภาพการพยาบาล:แผนพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพและแนวทางการนิเทศการพยาบาล”ระหว่างวันที่ 22-23มกราคม 2556 ณ โรงแรมเอส ดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร,
2556.
2. สุลักษณ์ มีฤทธิ์. การบริหารบุคลากรทางการแพทย์.กรุงเทพมหานคร:ศุภนิชการพิมพ์, 2539.
3. โรงพยาบาลเขาวง. รายงานประจำปีงบประมาณ 2559.กาฬสินธุ์:โรงพยาบาลเขาวง, 2559.
4. สำนักการพยาบาล. แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์(แบบวัดคุณภาพ
ชีวิตของพยาบาล)QA_011, 2557.
5. ปภณวิทย์ พานรัตน์. ปัจจัยจุดใจความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน,วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 33 ฉบับที่
1 มกราคม-เมษายน 2556, 2555
6. ประภาพร จงใจศักดิ์. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามธิบดี,วารสารการพยาบาล
7. ชลิดา คำปัญญา. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ระมาดจังหวัดตาก พุทธชินราชเวชสาร,
2551.

รูปแบบการจัดการสมุนไพรป่าไผ่เพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ป่าชุมชนหนองลำแฮด ตำบลกระเจา อำเภอบัวตี่ จังหวัดยโสธร

The management model of *Eurycoma longifolia* Jack by the involvement of the community : Case study of Nongsumhad community forest Krajai subdistrict, Patiew district, Yasothon province

เสาวนีย์ แสนการ¹, จินดาวัลย์ วิบูลย์อุทัย², และปริญญ์ ผกานนท์³

Saowanee Sankhan¹, Jindawan Wiboonuthai², Parinya Phaganon³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่มุ่งศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรป่าไผ่ รวมทั้งรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชากรเป้าหมายประกอบด้วยตัวแทนประชาชน ผู้นำชุมชน ข้าราชการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ และตัวแทนเยาวชน จำนวนทั้งสิ้น 65 คน ในพื้นที่ป่าชุมชนหนองลำแฮด ตำบลกระเจา อำเภอบัวตี่ จังหวัดยโสธร การดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ และระยะดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis และ McTaggart เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaires) แบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสังเกต การประชุมระดมสมองด้วยกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้สมุนไพรป่าไผ่และทรัพยากรธรรมชาติของป่าชุมชนหนองลำแฮด ลดลง คือการใช้ประโยชน์อย่างไม่เหมาะสม จากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการสมุนไพรป่าไผ่เพื่อการ สามารถสรุปแบบในการดำเนินการเป็นโครงการ ดังนี้ 1) โครงการอนุรักษ์สมุนไพรป่าไผ่ 2) โครงการหมอยาเยาวชน 3) โครงการสำรวจตลาดตระเวน 4) โครงการป้องกันไฟป่า ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินโครงการ มาจากความเข้มแข็งของชุมชน ในการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุ แนวทางแก้ไข ดำเนินการประเมินผล และถอดบทเรียนเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการสมุนไพรป่าไผ่ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ทั้งนี้ชุมชนควรมีกระบวนการเชื่อมโยงภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรป่าไผ่เพื่อการดูแลสุขภาพร่วมกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในการส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการสมุนไพร ป่าไผ่เพื่อการมีส่วนร่วม ป่าชุมชน

ABSTRACT

This research is a participatory action research. Aimed at studying the problem state demand and utilization of *Eurycoma longifolia* Jack (ELJ) including appropriate and sustainable management styles by community involvement. The target population is comprised of representatives of the villages, community leaders, government officials and health care professor, the teachers in schools located in the youth representatives area, totaling 65 people in Nongsumhad community forest Krajai subdistrict, Patiew district, Yasothon province. The research was conducted into 2 phases: 1) Preparation phase and, 2) Action phase employing Kemmis and McTaggart method. The data were collected by questionnaires, in-depth interview form observation record, group discussion under Appreciation Influence Control (A-I-C) method. The data were analyzed with descriptive statistics as, frequency, mean, standard deviation, as well as content analysis for quantitative data.

The results indicated that the main reason for the decrease in ELJ and the natural resources of the Nongsumhad community is the inappropriate use of the community involvement process to manage ELJ. The project can be summarized as follows: 1) Herbal medicinal plant preservation project, 2) Youth doctoral program, 3) Patrol inspector project, and 4) Forest fire protection project. The success factors of the project, comes from the strength of the community to participate in problem solving, corrective action, evaluation and dissemination of lessons

¹ นิสิตหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

to achieve the appropriate model of *ELJ*. The community should be engagement a process to connect the wisdom of using *ELJ* in health care with the public health service system to promote and strengthen the community health system lead to sustainable development.

Key words : Herbal management; *Eurycoma longifolia* Jack; participation; Community forest

บทนำ

ปี พ.ศ. 2556 พื้นที่ป่าไม้ของประเทศไทยประมาณ 102 ล้านไร่ หรือประมาณร้อยละ 31.57 ของเนื้อที่ประเทศ ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามหลักวิชาการและเป้าหมายนโยบายของชาติ ประมาณ 27.29 ล้านไร่ เนื่องจากนโยบายป่าไม้แห่งชาติและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 กำหนดเป้าหมายพื้นที่ป่าที่ควรมีทั้งป่าเพื่อการอนุรักษ์และป่าเพื่อเศรษฐกิจไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของพื้นที่ประเทศ ในขณะที่พื้นที่ป่าไม้ลดลงในช่วง 40 ปีที่ผ่านมาประมาณ 36 ล้านไร่ หรือเฉลี่ยปีละ ประมาณ 9 แสนไร่ และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ⁽¹⁾

สมุนไพรไทยส่วนใหญ่มีแหล่งกำเนิดมาจากป่าไม้ ซึ่งปัจจุบันป่าไม้ถูกทำลายอย่างต่อเนื่องทำให้ระบบนิเวศเกิดการเปลี่ยนแปลง มีผลให้พืชสมุนไพรบางชนิดใกล้สูญพันธุ์ รวมทั้งยังประสบปัญหาการลักลอบเข้าไปเก็บสมุนไพรอย่างผิดกฎหมาย ประมาณการว่าประเทศไทยมีพืชสมุนไพรที่ชุมชนท้องถิ่นมีองค์ความรู้ สามารถนำมาใช้เป็นอาหารและยาสมุนไพรประมาณ 800-1,800 ชนิด หรือประมาณร้อยละ 15 ของพันธุ์พืชที่มีอยู่ในประเทศทั้งหมด และมีผลการศึกษาพบว่าสมุนไพรไทยมากกว่า 100 ชนิด มีแนวโน้มจะหมดในอนาคต จึงต้องเร่งปกป้องเพื่อรักษาระบบนิเวศตามธรรมชาติ คงไว้ซึ่งความหลากหลายทางชีวภาพของสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพรในพื้นที่เขตอนุรักษ์ และเกิดการใช้สมุนไพรอย่างยั่งยืน⁽²⁾

จังหวัดโศธรมีพื้นที่ป่าทั้งหมด 712,822 ไร่ ในจำนวนนี้เป็นป่าเสื่อมโทรม 470,861 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 66.05 (สำนักงานจังหวัดโศธร, 2551) พื้นที่ป่าชุมชนหนองสำเภา ตั้งอยู่ในตำบลกระเจา ในเขตการปกครองของอำเภอป่าดัว มีเนื้อที่ 619 ไร่ ครอบคลุมพื้นที่ 13 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านกระเจา หมู่ที่ 2 บ้านนิคม หมู่ที่ 3 บ้านกระเจา หมู่ที่ 4 บ้านคำเกิด หมู่ที่ 5 บ้านหนองบาก หมู่ที่ 6 บ้านเชียงเครือ หมู่ที่ 7 บ้านคำเกิดใหม่ หมู่ที่ 8 บ้านม่วงไข่ หมู่ที่ 9 บ้านโคกพระเจ้า หมู่ที่ 10 บ้านคำสร้างบ่อ

หมู่ที่ 11 บ้านโนนรัง หมู่ที่ 12 บ้านหนองบาก และหมู่ที่ 13 บ้านกระเจา ลักษณะภูมิประเทศของป่าชุมชนหนองสำเภา เป็นที่ราบลุ่ม สภาพป่าเป็นป่าดิบแล้ง จากการสำรวจป่าชุมชนหนองสำเภา พบว่า สมุนไพรปลาไหลเผือกเป็นพืชสมุนไพรที่พบสูงสุด 5 อันดับแรก โดยพบในพื้นที่ถึง 35 ต้นต่อไร่ และยังพบการใช้ประโยชน์จากหมอพื้นบ้าน ในชุมชนที่ใช้เป็นส่วนประกอบของยาตำรับ ลดไข้ และยาแก้ปวด นอกจากนี้ยังมีชาวบ้าน นำสมุนไพรปลาไหลเผือก จากป่าชุมชนไปขายในรูปสมุนไพรแห้ง ซึ่งมีมูลค่าถึงกิโลกรัมละ 200 – 400 บาท ซึ่งการนำสมุนไพรดังกล่าวออกจากป่าชุมชน ทั้งจากคนในชุมชนเอง และคนภายนอกชุมชน ก่อให้เกิดความขัดแย้งของคนในชุมชน ระหว่างหมอสมุนไพรพื้นบ้าน ผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชน กับชาวบ้านที่หารายได้จากการขายสมุนไพร ปัจจุบันสมุนไพรปลาไหลเผือก เป็น 1 ใน สมุนไพร 22 ชนิด ที่ถูกจัดเป็นสมุนไพรเสี่ยงต่อการสูญพันธุ์ เนื่องจากเจริญเติบโตช้า และส่วนที่นำมาใช้ประโยชน์มาจากรากทั้งราก การได้รับผลกระทบจากการนำมาใช้ประโยชน์ตามกระแสโลกาภิวัตน์และระบบทุนนิยม ขาดการจัดการอย่างเหมาะสม ขาดการวางแผนในการใช้ประโยชน์ ทำให้สมุนไพรปลาไหลเผือกลดลงอย่างรวดเร็ว รวมถึงบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพร ที่ถูกทำลายอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งยังขาดแนวทางและการมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการสมุนไพรอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม

แนวทางการแก้ไขปัญหามูลค่าพื้นที่ป่าชุมชนเพื่อใช้ประโยชน์จากสมุนไพร จึงต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขที่สาเหตุ กล่าวคือ ทำอย่างไรจึงจะให้มีการใช้สมุนไพรของป่าชุมชนหนองสำเภา โดยให้มีการอนุรักษ์และจัดการสมุนไพรควบคู่กันไป จึงได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการขึ้นมาโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สถาบันการศึกษา และราษฎรในพื้นที่ เพื่อกำหนดรูปแบบวิธีการบริหารจัดการ และการดำเนินกิจกรรมที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสมุนไพรรูปปลาไหลเผือก ในพื้นที่ป่าชุมชนหนองลำแฮด อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนสืบไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและการใช้ประโยชน์ จากสมุนไพรรูปปลาไหลเผือกและ ป่าชุมชนหนองลำแฮด ตำบลกระเจา อำเภอบัวต้อย จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการสมุนไพรรูปปลาไหลเผือก กรณีศึกษา ป่าชุมชนหนองลำแฮด ตำบลกระเจา อำเภอบัวต้อย จังหวัดยโสธร
3. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการสมุนไพรรูปปลาไหลเผือกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ป่าชุมชนหนองลำแฮด ตำบลกระเจา อำเภอบัวต้อย จังหวัดยโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยการศึกษาบริบทของชุมชน สภาพปัญหา ความต้องการ สร้างความร่วมมือในการอนุรักษ์ และการจัดการสมุนไพรรูปปลาไหลเผือกพื้นที่การวิจัย ตำบลกระเจา 13 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านกระเจา หมู่ที่ 2 บ้านนิคม หมู่ที่ 3 บ้านกระเจา หมู่ที่ 4 บ้านคำเกิด หมู่ที่ 5 บ้านหนองบาก หมู่ที่ 6 บ้านเชียงเครือ หมู่ที่ 7 บ้านคำเกิดใหม่ หมู่ที่ 8 บ้านม่วงไข่ หมู่ที่ 9 บ้านโคกพระเจ้า หมู่ที่ 10 บ้านคำสร้างบ่อ หมู่ที่ 11 บ้านโนนรัง หมู่ที่ 12 บ้านหนองบาก และหมู่ที่ 13 บ้านกระเจา ระยะเวลาการดำเนินการ ตุลาคม 2558 – มกราคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ประชาชน ตำบลกระเจา อำเภอบัวต้อย จังหวัดยโสธร 13 หมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โดยรอบป่าชุมชนหนองลำแฮด รวมทั้งผู้นำชุมชน ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ ครูในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ จำนวน 118 คน สำหรับข้อมูลทั่วไป และ 65 คน

สำหรับ การพัฒนารูปแบบการจัดการสมุนไพรรูปปลาไหลเผือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน แบบสัมภาษณ์หมอพื้นบ้าน/ปราชญ์ชาวบ้าน แบบบันทึกการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่ามีความเที่ยงตรงใช้ได้ จากนั้นทำการตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้อง ชัดเจน ครบคลุม ตรงตามเนื้อหา หากพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยเลือกใช้ความเห็นที่สอดคล้องกันจาก 2 ใน 3 คน แล้วนำไปปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำเสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อแก้ไขให้มีความถูกต้องและมีความครอบคลุมเนื้อหามากขึ้น พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา และวัตถุประสงค์ (Index of item – objective congruence : IOC) เท่ากับ 0.97 ถือว่ามีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินการวิจัย เป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ศึกษาสภาพปัญหา การนำสมุนไพรรูปปลาไหลเผือก และทรัพยากรธรรมชาติ มาใช้ประโยชน์และบริบทของชุมชนที่อาศัยอยู่รอบป่าชุมชนหนองลำแฮด ตำบลกระเจา อำเภอบัวต้อย จังหวัดยโสธร ประชุมปรึกษาหารือกับตัวแทนจากหน่วยงานสนับสนุนและผู้นำชุมชน เช่นผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ศึกษาเพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแทนชาวบ้านที่คิดว่ามีศักยภาพในการดำเนินงานวิจัยได้ อาทิ เป็นผู้มีความรู้ในชุมชนของตนเป็นอย่างดี มีองค์ความรู้ด้านต่างๆ หรือไม่ก็สามารถนำไปสู่แหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง เที่ยงตรงได้ และมอบหมายให้ผู้นำชุมชนดำเนินการคัดเลือกตัวแทนชาวบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดมาร่วมเป็นผู้ร่วมวิจัยโดยเลือกมาจากทั้ง 13 หมู่บ้านในพื้นที่ศึกษา หมู่บ้านละ 5 คน รวมจำนวนทั้งหมด 65 คน

ตัวแทนชาวบ้านกลุ่มนี้จะร่วมเป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการ การนำสมุนไพร ปลาไหลเผือก และการใช้ประโยชน์จากป่าชุมชน รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การบันทึกการสังเกต และการสำรวจภาคสนามพื้นที่ป่าชุมชนหนองสำเภา เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

2. ระยะดำเนินการจัดการสมุนไพร

ปลาไหลเผือก โดยกระบวนการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วยสร้างรูปแบบการสร้างรูปแบบการจัดการสมุนไพร กรณีปลาไหลเผือกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำข้อมูลจากการดำเนินการในระยะที่ 1 และข้อมูลจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ความต้องการของชุมชน ร่วมกันระดมความคิดในการสร้างรูปแบบการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือกและป่าชุมชน รวมถึงผู้รับผิดชอบในการดำเนินการต่างๆ ด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม

2.2 การปฏิบัติการ (Action) การปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก ดำเนินการตามข้อตกลงในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรปลาไหลเผือก และการสร้างความร่วมมือในการอนุรักษ์สมุนไพรปลาไหลเผือก และป่าชุมชน สร้างจิตสำนึกการอนุรักษ์สมุนไพร มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการกำหนดโครงการและกิจกรรมได้อาศัยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาของพื้นที่จากทุกแหล่ง โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรปลาไหลเผือกและป่าชุมชนอย่างไม่เหมาะสม และความต้องการของชุมชนในการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สมุนไพร และป่าชุมชนสำหรับโครงการและกิจกรรมในการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก มีดังนี้ 1) โครงการอนุรักษ์สมุนไพรปลาไหลเผือก 2) โครงการหมอยาชาวบ้าน 3) โครงการสารวัตรลาดตระเวน 4) โครงการป้องกันไฟป่า

2.3 การสังเกต (Observation) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการตามรูปแบบและ กิจกรรมการจัดการสมุนไพรและป่าชุมชน โดยการบันทึกการสังเกต การใช้แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

2.4 การสะท้อนปัญหา (Reflection) ประชุมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินการตามรูปแบบการจัดการสมุนไพรและทรัพยากรธรรมชาติ และวางแผนแก้ไขการดำเนินงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งได้จากการสัมภาษณ์การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การประชุมปรึกษาหารือ การประชุมกลุ่ม และการสำรวจภาคสนาม กระบวนการวิเคราะห์เบื้องต้นได้ดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ดังกล่าวแล้ว ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้วิธีการจำแนกประเภทข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูล การสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย การอธิบายสาเหตุและการเชื่อมโยงข้อมูล และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้รายละเอียดตรงตามวัตถุประสงค์

ข้อมูลเชิงปริมาณ ในการวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. การจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามกระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกทากาด (Kemmis; & Mc Taggart. 1990)⁽³⁾ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการวางแผน (PLAN)

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสำรวจภาคสนาม การสัมภาษณ์ การบันทึกการสังเกต การตอบแบบสอบถาม

ร่วมกับการระดมความคิด ด้วยกระบวนการ A-I-C ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเห็นคุณค่า (Appreciation: A) ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Influence: I) และขั้นควบคุม (Control: C) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม มีส่วนร่วมในการสรุปปัญหาและความต้องการของชุมชนในการจัดการสมุนไพรและป่าชุมชน นำไปสู่แนวทางในการแก้ไขปัญหาการจัดการสมุนไพรป่าไผ่เผือก ประกอบด้วย 1) การนำเสนอแนะสรุปสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน 2) การกำหนดข้อตกลงในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรป่าไผ่เผือก 3) การจัดทำแผนงานโครงการและการกำหนดผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนการปฏิบัติการ (ACTION) โดยดำเนินการตามแผนงานโครงการและการกำหนดผู้รับผิดชอบ

ตาราง 1 ผลการดำเนินการโครงการต่างๆ

โครงการ/กิจกรรม	ผลการดำเนินการ
โครงการอนุรักษ์สมุนไพรป่าไผ่เผือกป่าชุมชนหนองสำเภา	พื้นที่ที่จะปลูกต้นกล้าสมุนไพร มี 5 จุดกลุ่มที่ดำเนินการสำรวจทำสัญลักษณ์โดยใช้เชือกฟางสีแดงกันเป็นแปลงไว้ ต้นกล้าที่ได้จำนวน 108 ต้น แบ่งปลูกในพื้นที่ 5 แปลง โดยปลูกแทรกกับพืชอื่นๆ
โครงการหมอยา	มีเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรม 20 คน สิ่งที่เยาวชนได้เรียนรู้ คือ ความรู้เรื่องสรรพคุณสมุนไพร ประโยชน์ของป่าชุมชน และบทบาทของเยาวชนในการอนุรักษ์ป่าชุมชน
โครงการสารวัตรลาดตระเวน	เริ่มลาดตระเวนวันแรก วันที่ 5 พฤศจิกายน 2559 และลงชื่อผู้ลาดตระเวนและบันทึกการลาดตระเวนทุกครั้ง ทั้งหมด 11 ครั้ง
โครงการป้องกันไฟป่า	ในวันที่ 3 ธันวาคม 2559 เวลา 08.00 น.เจอกันที่หน้าป่าชุมชนหนองสำเภา พร้อมอุปกรณ์ มีด ไม่กวดทางมะพร้าว มีดขูด้ามยาว คราด ช่วยกันถางหญ้าให้แนวกันไฟโล่ง ใช้เวลาในการดำเนินการ 5 วัน

ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation)

โครงการอนุรักษ์สมุนไพรป่าไผ่เผือก ป่าชุมชนหนองสำเภา จากการบันทึกการสังเกต การบันทึกภาพ การสัมภาษณ์ ชาวบ้านร่วมแรงร่วมใจในการ

ทำกิจกรรม โครงการอนุรักษ์สมุนไพรป่าไผ่เผือกเป็นอย่างดีแม้ว่าอากาศภายนอกจะร้อนแต่ในป่าถือว่าอากาศกำลังเย็นสบาย โดยมีหมอสุมไพรพื้นบ้านทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในการเก็บต้นกล้าสมุนไพร ให้เลือกเก็บต้นป่าไผ่เผือกที่มีขนาดต้น สูงจากดิน ไม่เกิน 2 คืบ รากถึงจะไม่หยั่งลงดินลึกเกินไป หมอสุมไพรได้ให้ข้อมูลว่าช่วงนี้ป่าไผ่เผือกกำลังออกดอก จะมีตัวยามาก ผลป่าไผ่เผือกจะสุกช่วงเดือนมีนาคม จะต้องเก็บผลที่สูงนำไปเพาะต้นกล้าป่าไผ่เผือกไว้ปลูกตอนหน้าฝน ช่วงนี้ถ้าจุดต้นกล้าในป่าไปปลูกต้องคอยรดน้ำเพราะเป็นหน้าแล้ง และในการจุดต้นกล้าพยายามอย่าให้รากขาด เพราะป่าไผ่เผือกมีรากแก้วเพียงรากเดียว ถ้ารากขาดอาจปลูกไม่ติด

โครงการหมอยาเยาวชน จากการบันทึกการสังเกต การบันทึกภาพ การสัมภาษณ์ มีชาวบ้าน ผู้เฒ่าผู้แก่หมอยาพื้นบ้านมาร่วมให้ความรู้แก่เยาวชน ซึ่งเยาวชนให้ความสนใจในการร่วมกิจกรรมหมอยาเยาวชน และสนุกสนานมาก เด็กๆ มีความรู้เรื่องสมุนไพรมากขึ้น อยากถ่ายทอดประสบการณ์ และอยากให้มีการจัดกิจกรรมแบบนี้อีก ในรุ่นต่อไป

โครงการสารวัตรลาดตระเวน จากการบันทึกการสังเกต การบันทึกภาพ การสัมภาษณ์ ชาวบ้านร่วมแรงร่วมใจในการ ทำกิจกรรม โครงการสารวัตรลาดตระเวนเป็นอย่างดี เนื่องจากการลาดตระเวน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง สัปดาห์ที่ 3 จำนวนคนที่ร่วมลาดตระเวนเริ่มลดลงเนื่องจากติดภารกิจ ส่วนผลการลาดตระเวนเรียบร้อยดีไม่พบความผิดปกติในการเข้าใช้ประโยชน์จากป่าชุมชน และการลักลอบนำสมุนไพรป่าไผ่เผือกไปขาย ไม่พบการเกิดไฟป่า

โครงการป้องกันไฟป่า จากการบันทึกการสังเกต การบันทึกภาพ การสัมภาษณ์ ชาวบ้านร่วมแรงร่วมใจในการ ทำกิจกรรม โครงการป้องกันไฟป่าเป็นอย่างดี ช่วยกันถางหญ้าและทำความสะอาดบริเวณแนวกันไฟเดิมให้กว้างขึ้น แม้ว่าอากาศภายนอกจะร้อนอบอ้าว

ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) หลังจากได้ดำเนินกิจกรรมแต่ละโครงการแล้ว ผู้วิจัยนำผลจากการบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การ

สัมภาษณ์ ร่วมประชุมเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาจากการดำเนินงานพบว่า

โครงการอนุรักษ์สมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูกป่าชุมชนหนองลำแฮด ปัญหาที่พบได้แก่ ชุมชนยังขาดองค์ความรู้ในการขยายพันธุ์สมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูกในช่วงฤดูหนาว ยังไม่มีแนวทางการดูแลสมุนไพรที่ปลูกใหม่ ยังไม่มีแนวทางการเก็บสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก แนวทางแก้ไข คือ หมอสมุนไพร ร่วมกับนักวิชาการร่วมให้ความรู้ในการขยายพันธุ์สมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก เพาะเมล็ด และปลูกกล้าไม้ในช่วงฤดูฝน มีการจัดเวทีในการรณรงค์กล้าเนื่องจากเป็นช่วงที่อากาศแห้งแล้ง กำหนดแนวทางการเก็บสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก

โครงการหมอยาชาวบ้าน เวลาในการทำกิจกรรมไม่เหมาะสม แนวทางแก้ไข คือ ขยายเวลาในการจัดกิจกรรมจาก 1 วันเป็น 2 วัน จัดให้มีการอบรมแกนนำเยาวชนรุ่นต่อไป ปีละ 1 รุ่น

โครงการสารวัตรลาดตระเวน ความถี่ในการลาดตระเวนมากเกินไป แนวทางแก้ไขคือ ลดจำนวนครั้งในการลาดตระเวน จากสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเดือนละ 1 ครั้ง

โครงการป้องกันไฟป่า ช่วงหน้าหนาวใบไม้ร่วงเยอะมาก อาจทำให้เกิดไฟป่าได้ง่าย แนวทางแก้ไข คือ กำหนดให้มีการขยายแนวกันไฟ ในช่วงฤดูฝน - มีนาคม ของทุกปี

การมีส่วนร่วมในการจัดการสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก จากการบันทึก การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน ตามกระบวนการ PAOR ได้แก่ ด้านการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของชุมชน ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน ด้านการติดตามและประเมินผล และด้านการได้รับผลประโยชน์ สรุปรายละเอียดดังตาราง 2

เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง พัฒนา วางแผน และปฏิบัติต่อไป

ตาราง 2 การมีส่วนร่วมในการจัดการสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก

การมีส่วนร่วม	($\bar{X}$)	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของชุมชน	3.40	0.75	ปานกลาง
ด้านการวางแผน	3.32	0.87	ปานกลาง
ด้านการดำเนินงาน	3.49	0.77	มาก
ด้านการติดตามและประเมินผล	3.19	0.76	ปานกลาง
ด้านการได้รับผลประโยชน์	3.22	0.70	ปานกลาง
รวม	3.31	0.77	ปานกลาง

สรุปภาพรวมชาวบ้านมีส่วนร่วมในการจัดการสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูกอยู่ในระดับปานกลาง (3.31 ± 0.77) โดยชาวบ้านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของชุมชน (3.40 ± 0.75) การวางแผน (3.32 ± 0.87) การติดตามและประเมินผล (3.19 ± 0.76) และการได้รับผลประโยชน์ (3.22 ± 0.70) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการดำเนินงาน (3.49 ± 0.77) อยู่ในระดับมาก

สรุปผลการดำเนินงาน การจัดการสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก กรณีศึกษา ป่าชุมชนหนองลำแฮด ตำบลกระเจา อำเภอบัวชุม จังหวัดชัยภูมิ มีรูปแบบในการดำเนินการ 4 โครงการ ได้แก่ โครงการอนุรักษ์สมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก โครงการหมอยาชาวบ้าน โครงการสารวัตรลาดตระเวน และโครงการป้องกันไฟป่า โดยสามารถสรุปการจัดการสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก เป็นขั้นตอน ดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการจัดการสมุนไพร ป่าชุมชนหนองลำแฮด ปีพ.ศ. 2559 - 2560 เพื่อเข้ามาบริหารในการดูแล จัดการสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก และสมุนไพรอื่นๆ ของป่าชุมชนหนองลำแฮด คณะกรรมการ ส่วนใหญ่มาจากการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีความรู้ด้านสมุนไพรในชุมชน และความสนใจหรือผู้ที่มิได้จิตอาสาและมาจากการร่วมลงคะแนนเสียงจากประชาชนทั้งหมด จึงได้คณะกรรมการจัดการสมุนไพร ทั้งหมด 45 คน
2. กำหนดกฎเกณฑ์ในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรป่าไผ่เพื่อปลูก ของป่าชุมชนหนองลำแฮด โดยมี

แนวทางการปฏิบัติ คือนำแนวคิดในการอนุรักษ์ป่ามา กำหนดเป็นกฎเกณฑ์การใช้ประโยชน์จากสมุนไพร ของ ป่าชุมชน ซึ่งกำหนดไว้ดังนี้ 1) ห้ามมิให้บุคคลภายนอก ชุมชน นำสมุนไพรออกจากป่าชุมชน ยกเว้นเพื่อการศึกษา และต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจัดการสมุนไพร และคณะกรรมการป่าชุมชน 2) การนำสมุนไพร ปลาไหลเผือก ออกจากป่าชุมชน เพื่อทำยาสมุนไพร หรือ เพื่อการค้ากำหนดให้เก็บสมุนไพรปลาไหลเผือกที่มีอายุไม่ ต่ำกว่า 5 ปี ครั้งละไม่เกิน 5 กิโลกรัม โดยได้รับอนุญาต จากคณะกรรมการจัดการสมุนไพร และมีตัวแทน คณะกรรมการเป็นพยานในการเก็บ 3) กำหนดให้ผู้ที่ได้รับ อนุญาตนำสมุนไพร ปลาไหลเผือกออกจากป่าชุมชน ปลุก ทดแทนตามจำนวนต้นสมุนไพร ปลาไหลเผือก ที่นำออก จากป่าชุมชน 4) ห้ามจุดไฟเผาป่า ตัดต้นไม้ ขุดหัวไม้ หัวมัน หัวดอกกระเจียว หรือสิ่งใดที่จะทำให้การเสี ยสมดุลของระบบนิเวศ ของป่าชุมชน ที่จะส่งผลต่อพื้นที่ อนุรักษ์สมุนไพร

3. กำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนกฎระเบียบ ของคณะกรรมการป่าชุมชน โดยใช้แนวทางการลงโทษ โดยบทลงโทษมี รายละเอียด 5 ประการคือ 1) ห้ามมิ ให้บุคคลภายนอกชุมชน นำสมุนไพรออกจากป่าชุมชน ยกเว้นเพื่อการศึกษาและต้องได้รับอนุญาตจาก คณะกรรมการจัดการสมุนไพร และคณะกรรมการป่า ชุมชน ถ้าฝ่าฝืนจะถูกปรับตามความยาวของรากสมุนไพร ปลาไหลเผือก โดยวัดเป็นนิ้ว นิ้วละ 500 บาท 2) การนำ สมุนไพร ปลาไหลเผือก ออกจากป่าชุมชน เพื่อทำยา สมุนไพร หรือเพื่อการค้า กำหนดให้เก็บสมุนไพร ปลาไหลเผือกที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 5 ปี ครั้งละไม่เกิน 5 กิโลกรัม โดยได้รับอนุญาต จากคณะกรรมการจัดการ สมุนไพร และมีตัวแทนคณะกรรมการเป็นพยานในการ เก็บ ถ้าฝ่าฝืนจะถูกปรับ จำนวนที่เกิน ตามความยาวของ รากสมุนไพรปลาไหลเผือก โดยวัดเป็นนิ้ว นิ้วละ 500 บาท 3) กำหนดให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตนำสมุนไพร ปลาไหลเผือก ออกจากป่าชุมชน ปลุกทดแทนตามจำนวนต้นสมุนไพร ปลาไหลเผือก ที่นำออกจากป่าชุมชน ถ้าฝ่าฝืนจะถูกปรับ ดันละ 1,000 บาท 4) ห้ามจุดไฟเผาป่าเพื่อล่าสัตว์โดย เดี๋ยวขาด ถ้าฝ่าฝืน แจ้งเจ้าหน้าที่ป่าไม้ดำเนินคดี

4. ปลุกสมุนไพร ปลาไหลเผือก เพิ่มในพื้นที่ป่า ชุมชน โดยการเพาะพันธุ์ต้นกล้าจากเมล็ดของสมุนไพร ปลาไหลเผือก ที่เก็บในช่วง เดือนมีนาคม – เมษายน และ นำไปปลุกในช่วงเดือนหน้าฝน เดือนพฤษภาคม – มิถุนายน ของทุกปี คราวเรือนละ 10 ต้น โดยคณะกรรมการ จัดการสมุนไพร เป็นแกนนำในการจัดกิจกรรม

5. แฝวถางวัชพืชเพื่อบำรุงรักษา สมุนไพร ปลาไหลเผือก โดยคณะกรรมการจัดการสมุนไพรและ คณะกรรมการป่าชุมชน ร่วมกันกับประชาชนรวมกลุ่มกัน ช่วย แฝวถางวัชพืชเพื่อบำรุงรักษาป่า ซึ่งจะดำเนินการ ก่อนการ จัดกิจกรรมสำคัญๆในชุมชน เช่น การบวช ป่า รวมทั้งดำเนินการก่อนการปลูกป่า เป็นต้น

6. จัดเวรยามควบคุมการดูแลรักษาป่าเพื่อมิให้ ผู้ใดเข้ามาลักลอบตัดไม้ และลักลอบนำสมุนไพรออกจาก ป่า โดยมีการจัดคณะกรรมการออกตรวจเวรยามเพื่อ ลาดตระเวนภายในป่าชุมชนครั้งละ 10 คน ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง

7. จัดทำแนวป้องกันไฟป่า เพื่อป้องกันบริเวณถิ่น กำเนิดของสมุนไพร โดยความร่วมมือของชาวบ้านทุกคน โดยคณะกรรมการจัดการสมุนไพร และคณะกรรมการป่า ชุมชน ร่วมดำเนินการพร้อมชาวบ้านประมาณเดือน กุมภาพันธ์ และมิถุนายนเป็นประจำทุกปีเนื่องจากเป็นช่วง ฤดูแห้งแล้งอาจ เกิดไฟป่าได้ง่าย

อภิปรายผล

จากการสำรวจป่าชุมชนหนองลำแฮด และการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) พบว่าสภาพป่า ชุมชนยังสมบูรณ์อยู่มาก แม้จะได้รับการบอกเล่าจากคนใน ชุมชนว่า ป่าและสมุนไพร ลดลงจากเมื่อหลายปีก่อนก็ตาม ชาวบ้านตำบลกระเจียวที่อาศัยรอบป่ายังมีการใช้ประโยชน์ จากป่าอย่างหลากหลาย ทั้งที่เป็นแหล่งยา อาหารและ รายได้ จนกระทั่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อจำนวนสมุนไพร ปลาไหลเผือก และป่าชุมชนลดลง จากการใช้ประโยชน์ จากป่าชุมชนที่ไม่เหมาะสม แม้ว่าป่าชุมชนหนองลำแฮด จะมีแนวทางการจัดการป่าชุมชนอยู่แล้วระดับหนึ่ง แต่ขาด ความต่อเนื่องและยังขาดในเรื่องของการจัดการสมุนไพร โดยเฉพาะสมุนไพรปลาไหลเผือกที่พบมากในป่าชุมชน

และเป็นสมุนไพรที่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจ รวมถึงการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง แต่ทั้งนี้ การจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก ที่ผ่านมาก็ได้ดำเนินการไปแล้วนั้น ทำให้เกิดผลในทิศทางที่ดีขึ้นต่อสมุนไพรปลาไหลเผือกและป้าชุมชน เช่น การนำสมุนไพรออกจากพื้นที่ป่าชุมชนเพื่อขายลดลง มีการบุกเบิกป่าชุมชนน้อยลง แสดงให้เห็นว่าประชาชนเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของสมุนไพรปลาไหลเผือก และสมุนไพรอื่นๆ มากขึ้น และยังช่วยปลูกฝังจิตสำนึกและสร้างความรู้สึกรักเป็นเจ้าของสมุนไพรและทรัพยากรธรรมชาติในป่าชุมชนให้แก่ประชาชนและเยาวชนในชุมชน

ผลการระดมความคิดด้วยกระบวนการ A-I-C ทำให้ทราบถึงความต้องการของชาวบ้านในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาป่าชุมชนห้วยทรายขาวเป็นผลให้เกิดโครงการต่างๆ โดยผู้วิจัยและชาวบ้านได้ สรุปเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ร่วมกันก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้นนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการ ป่าชุมชนกล่าวคือ กระบวนการ A-I-C ช่วยให้ประชาชน มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาส ให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิดกำหนดแนวทางการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์นอกจากนี้องค์กรต่างๆ

ทั้งภาครัฐและเอกชนได้เรียนรู้ ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง นับได้ว่ากระบวนการ A-I-C ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิด ที่สร้างสรรค์มีส่วนร่วมและเสริมพลังของชุมชนท้องถิ่น ในการพัฒนาได้อย่างแท้จริง นำไปสู่การคิดหาแนวทางการจัดการปัญหา เป็น 4 โครงการ ได้แก่ โครงการอนุรักษ์สมุนไพรปลาไหลเผือก โครงการหมอยาชาวบ้าน โครงการสารวัตรลาดตระเวน โครงการป้องกันไฟป่า

การมีส่วนร่วมของชุมชนสรุปภาพรวมชาวบ้านมีส่วนร่วมในการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรพงษ์ พวงงาม ชื่น และคณะ (2556 : 230) ⁽⁴⁾ ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน: กรณีศึกษาบ้านทาป่าเปา ตำบลทาปลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

โดยการมีส่วนร่วมในการดำเนินการมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีประไพ คุ่มศัตรา (2558: 65) ⁽⁵⁾ ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ป่าชุมชน: ศึกษากรณี ตำบลช่องสะเดา อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของชุมชน แสดงให้เห็นว่าชาวบ้านมีจิตสำนึกในการเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอทางเลือกและปรึกษาหารือแนวทางการแก้ไขปัญหา กำหนดกฎเกณฑ์หรือระเบียบต่างๆ ในการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก

การมีส่วนร่วมในการวางแผน พบว่าการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก และทรัพยากรธรรมชาติของป่าชุมชน มากที่สุด รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางในการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก ของป่าชุมชน ส่วนร่วมในการวางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหา เพื่อติดตามแผนการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินการจัดการสมุนไพร กรณี ปลาไหลเผือก และทรัพยากรธรรมชาติของป่าชุมชน ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน ในการมุ่งเน้นที่จะแก้ไขปัญหาการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก และป่าชุมชนหนองลำแฮด

การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ พบว่าภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าชุมชนตำบลกระเจา อำเภอป่าดิว จังหวัดยโสธร ความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจในการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก และป่าชุมชนหนองลำแฮด

การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล พบว่าภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากผลการศึกษาของ สุชาวลี ชูเอน (2555 : 51) ⁽⁶⁾ ที่พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับน้อย ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน : กรณีศึกษา ตำบลวังมะปราง อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง เนื่องจากขาดการรับทราบข้อมูลและสนับสนุนจากภาครัฐ

การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ พบว่าการมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน

จัดการสมุนไพร กรณี ปลาไหลเผือก และ ทรัพยากรธรรมชาติของป่าชุมชน อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี กัยวิทย์โกศล (2550: 59)⁽⁷⁾ ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ กรณีศึกษามูลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมคิด วางแผน ดำเนินการ และ สะท้อนผล รวมทั้งการมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก กรณีศึกษา ป่าชุมชนหนองลำแฮต ตำบลกระเจา อำเภอดำรงวิทยารัษฎา จังหวัดตรัง

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติตามแผน สังเกต และ สะท้อนผล ตามกระบวนการ (PAOR) ของเคมมิส และแมกทากาด ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัต แต่การศึกษานี้ถอดบทเรียนจากการดำเนินการเพียงรอบเดียว ดังนั้นผลที่ได้อาจไม่ใช่

รูปแบบการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือกที่สมบูรณ์ จึงต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องแล้วถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงการดำเนินการในรอบต่อไปจนได้รูปแบบการจัดการสมุนไพรปลาไหลเผือก ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และยั่งยืนต่อไป

2. พัฒนาและใช้องค์ความรู้หรือภูมิปัญญาเกี่ยวกับการรักษาโรคด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน โดยให้หน่วยงานหรือองค์กรชุมชนเข้ามารับผิดชอบในหน้าที่นี้โดยตรง มีนักวิชาการการแพทย์แผนโบราณเข้าร่วมกับหมอสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป

3. ส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักถึงคุณประโยชน์ของพืชสมุนไพร และการอนุรักษ์พืชสมุนไพรให้คงอยู่ในชุมชนอย่างยั่งยืน

4. ควรมีการถ่ายทอดการอนุรักษ์สมุนไพรให้คนในท้องถิ่นโดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร สามารถถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังและนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (2559) การจัดระเบียบการใช้ประโยชน์ที่ดินป่าไม้และการเพิ่มพื้นที่ป่า ของประเทศ และร่างพระราชบัญญัติป่าชุมชน พ.ศ.สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
2. ไทยรัฐออนไลน์ [2555] วิกฤตสมุนไพรไทยใกล้สูญพันธุ์ 3กระทรวงจับมือลงนามอนุรักษ์. [ออนไลน์]. ได้จาก ;<http://www.thairath.co.th/content/259058>. [สืบค้นเมื่อ (20 เม.ย.2558)].
3. Kemmis, S. and McTaggart, R.[2000]. Participatory action research.[online] Available form:http://en.wikipedia.org/wiki/Participatory_action_research [cited November 20,2014]
4. จักรพงษ์ พวงงามชื่น และคณะ. “การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน: กรณีศึกษา บ้านท่าป่าเปา ตำบลท่าปลา อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน,” วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. 36(2) : เมษายน - มิถุนายน 2556.
5. ศรีประไพ คุ้มศักดิ์. “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ป่าชุมชน: ศึกษากรณี ตำบลช่องสะเดา อำเภอมะนัง จังหวัดกาญจนบุรี,” วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ. 1(3) :ตุลาคม 2558 – มกราคม 2559, 2559.
6. สุชาวลี ชูเอน (2552) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน : กรณีศึกษา ตำบลวังมะปราง อำเภอดำรงวิทยารัษฎา จังหวัดตรัง. ปริญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. วิลาสินี กัยวิทย์โกศล. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ กรณีศึกษามูลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัด

มหาสารคาม

Health Creation Operation of Tambon Don Ngoen Administrative Organization, Amphoe Chiang

Yuen, Changwat Maha Sarakham

สุภกฤษฎี มงคลกิจโรจน์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ประชากรที่ศึกษา จำนวน 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิธีการสัมภาษณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ ซึ่งวิจัยในเดือนมกราคม 2555 ถึง มีนาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 73.7 อายุเฉลี่ย 37.3 ปี สูงสุด 56 ปี ต่ำสุด 25 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 28.9 อาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 52.6 อาชีพเสริม อื่น ๆ เช่น เลี้ยงสัตว์ รับจ้าง ทำไร่ ร้อยละ 78.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.5 รายได้เฉลี่ย 7,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 39.5 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งใน อบต. เฉลี่ยอยู่ที่ 3.5 ปี การได้รับข้อมูลด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับข้อมูล ร้อยละ 97.1 การดำรงตำแหน่งในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลร้อยละ 63.2 และเคยดำรงตำแหน่งในชุมชน กรรมการหมู่บ้านสูงที่สุดร้อยละ 57.9

งานสร้างเสริมสุขภาพ จากการประชุมสัมมนา บุคลากรที่ทำหน้าที่โดยตรงในงานสร้างเสริมสุขภาพ มากที่สุดคือสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า มีการดำเนินงาน ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ/ครุภัณฑ์และด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุดร้อยละ 44.7 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 42.1 และต่ำที่สุดระดับต่ำ ร้อยละ 13.1

Abstract

This research was a survey study aimed at studying the health promotion activities of the donor subdistrict administration organization, Chiang Yuen District Mahasarakham province. The study population was 38. Data were collected by using questionnaire. By interviewing health promotion activities. In terms of manpower, material budget. And management. The data were analyzed by percentage, mean and standard deviation.

Results. The average age was 37.3 years, the maximum was 56 years, the lowest was 25 years. The majority of them completed primary education, 28.9 percent, the main occupation was 52.6 percent, and the other was the farmer, 78.9 percent. Married couples are 87.5 percent, average income is 7,000 baht per month, most of them earn 5,001 - 10,000 baht, 39.5 percent. The duration of the position is 3.5 years. The health care data received 97.1 percent of the current incumbent. Most of them are members of the Tambon Administration Organization (63.2%). The highest number of village councilors was 57.9%.

Health Promotion From the conference. People who work directly in health promotion. Most of them are members of the Tambon Administration Organization. Healthcare operations have been conducted in the areas of manpower, material budgeting, and management. The highest level was at 44.7%, followed by the high level of 42.1% and the lowest level of 13.1%.

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้น ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ซึ่งได้ประกาศใช้ในวันที่ 2 ธันวาคม 2537 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2538 เป็นต้นมา โดยจัดตั้งขึ้นครั้งแรกใน พ.ศ. 2538 จำนวน 167 แห่ง และจัดตั้งเพิ่มขึ้นอีกใน พ.ศ. 2539 จำนวน 2,143 แห่ง จัดตั้งเพิ่มขึ้นอีก พ.ศ. 2540 จำนวน 3,637 แห่ง รวมองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีการจัดตั้งเพิ่มขึ้นทั่วทั้งประเทศ มีทั้งสิ้น 6,397 แห่ง⁽¹⁾

กิจกรรมด้านสาธารณสุขที่องค์การบริหารส่วนตำบล เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ส่วนมากเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการปรับปรุงการทำงานของสถานอนามัย และการจัดซื้อเครื่องมือบางอย่าง เช่น ยูนิตทำฟัน การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อจัดซื้อเวชภัณฑ์ การสนับสนุนงานป้องกันโรค⁽²⁾ ทั้งนี้เมื่อศึกษาถึงบทบาททางการบริหารของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขใน 4 บทบาท คือ บทบาทในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก บทบาทในการประสานงาน บทบาทในการเป็นที่ปรึกษาและบทบาทในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก

เมื่อปี 2529 องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันแนวคิดใหม่ออกมาอีกกระลอกหนึ่งนั่นคือ ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy) โดยออกมาเป็นกฎบัตรออกอตตาวา (Ottawa Charter) ขยายความ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ออกไปจากความเข้าใจเดิม ๆ ให้ความหมายใหม่ว่า คือ “กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

การเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองการปกครองของประเทศ ส่งผลทำให้การบริหารจัดการในระบบสุขภาพต้องปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ แกไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข ให้มีความเหมาะสมและดำเนินการให้มีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง เช่น พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ.

2535 และการออกพระราชบัญญัติใหม่เพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เป็นต้น โดยจะต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ มีการบริหารจัดการระบบสุขภาพแนวใหม่ที่สอดคล้องกับพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ การดำเนินการในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จึงเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อหรือจุดเปลี่ยนผ่านที่ต้องเตรียมการรองรับอย่างรอบด้าน ทั้งนโยบายการจำกัดกำลังคนของภาครัฐ นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการและกระแสนการปฏิรูประบบสาธารณสุข ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขต้องปรับปรุงองค์กรเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจ ต้องพัฒนาศักยภาพในการจัดการกำลังคน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถทันต่อเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า พัฒนางค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ บุคลากรสามารถปรับตัวและปรับองค์กรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และภารกิจที่เพิ่มขึ้นได้ การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข (Health Service System Reorientation) มีการกำหนดและประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รองรับการทำงานให้ยั่งยืน โดยยึดหลักการ “การสร้างสุขภาพ” นำ “การซ่อมสุขภาพ” โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ พ.ศ. 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพ⁽³⁾

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 มาตรา 16 – 19 ให้ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพเฝ้าระวังและสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นหน้าที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดำเนินการ และกระทรวงสาธารณสุขเองมีนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ปัญหาพบว่าเป็นเรื่องใหม่สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรมีไม่เพียงพอ ยังไม่มีการแต่งตั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือถ่ายโอนจากหน่วยงานอื่น บุคลากรขาดความเข้าใจในบทบาท

หน้าที่ และขาดความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้นจึงเป็นปัญหาที่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในประเด็นการบริหารงานด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์ และการบริหารจัดการ ตามหลักทฤษฎี 4 M เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้บรรลุวัตถุประสงค์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากรขององค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์ และการบริหารจัดการ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการวิจัย คือ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 38 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารส่วนตำบล 4 คน สภาองค์การบริหารส่วนตำบล 28 คน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายประจำ อบต. 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองและได้ปรับปรุงจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด ที่กำหนดไว้ และได้ปรับปรุงจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม

การทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลคงบัง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของคอนบาช (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8901 นำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์ประชากรที่ต้องวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องแล้ว นำมาบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร บุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ทั้งหมด 38 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 37.3 ปี สถานภาพสมรสเป็นคู่ ระดับการศึกษาจบระดับประถมศึกษา อาชีพหลักเป็นเกษตรกร อาชีพเสริมส่วนใหญ่อื่น ๆ (เช่น เลี้ยงสัตว์ รับจ้าง ทำไร่ ทำสวน) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,061.57 บาท การดำรงตำแหน่งปัจจุบันใน อบต. ส่วนใหญ่เป็นสมาชิก อบต. การเคยดำรงตำแหน่งในชุมชนส่วนใหญ่กรรมการหมู่บ้านและ อสม. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งใน อบต. เฉลี่ย 3.5 ปี การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเคยได้รับการเข้าสื่อ

โฆษณาและบุคลากรที่ทำหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นสมาชิก อบต.

2. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 ระดับสูง 42.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.2 และพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

2.1 ด้านกำลังคน พบว่า มีการดำเนินการมากที่สุด หน่วยงาน อบต. มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่ชุมชน ร้อยละ 52.6 รองลงมา คือ หน่วยงาน อบต. มีการดำเนินงาน ในการรับรู้แหล่งข้อมูลข่าวสาร ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการดำเนินงาน ร้อยละ 55.3 การดำเนินงานที่ต่ำสุดในข้อ หน่วยงาน อบต. มีการดำเนินการสรรหาบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยการรับการถ่ายทอดจากหน่วยงานอื่นหรือสอบบรรจุแต่งตั้ง เพื่อปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ร้อยละ 31.6

2.2 ด้านงบประมาณ พบว่า มีการดำเนินการมากที่สุด คือ หน่วยงาน อบต. มีการดำเนินการจัดทำแผนงานในการจัดซื้อ/จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุ/ครุภัณฑ์ เพื่อใช้ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 52.6 รองลงมาคือ หน่วยงาน อบต. มีการใช้งบประมาณดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพตามแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 50.0 การดำเนินงานที่ต่ำสุดในข้อ หน่วยงาน อบต. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่นเพื่อใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 36.8

2.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า มีการดำเนินการมากที่สุด คือ หน่วยงาน อบต. ได้มีการควบคุมการเบิก – จ่าย วัสดุ/ครุภัณฑ์ อย่างเป็นระบบ ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 71.1 รองลงมา คือ หน่วยงาน อบต. มีการดำเนินงานจัดทำแผนในการจัดซื้อ/จัดจ้าง หรือจัดหา วัสดุ/ครุภัณฑ์ เพื่อใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไร ร้อยละ 55.3 และมีการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ หน่วยงาน อบต. มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อ วัสดุ/ครุภัณฑ์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 39.5

2.4 ด้านการบริหารจัดการ พบว่า มีการดำเนินงานมากที่สุด หน่วยงาน อบต. ได้มีการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ชุมชน ร้อยละ 63.2 รองลงมา คือ หน่วยงาน อบต. ได้มีการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ชุมชน ร้อยละ 52.6 และมีการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ หน่วยงาน อบต. ได้สนับสนุนการประสานงานด้านวิชาการกับหน่วยงานอื่น ในการจัดทำแผน/โครงการเกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 31.6

3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ขาดบุคลากรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีไม่เพียงพอ

งบประมาณที่จัดสรรในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีไม่เพียงพอ ประชาชนไม่เห็นความสำคัญการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ งบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบลเน้นการจัดทำตามยุทธศาสตร์ของจังหวัด การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพขาดความ บุคลากรขาดทักษะและความรู้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ขาดการประชาสัมพันธ์ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีความล่าช้าในการนำงบประมาณมาดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ ควรให้หน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ให้มากขึ้น ควรมีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้มากกว่านี้ ควรมีการเพิ่มงบประมาณการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีการจัดสถานที่สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ให้แก่บุคลากรควรมีการจัดประชุมสัมมนาตามแผนงานโครงการให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสร้างเสริมสุขภาพควรมีคำสั่งแต่งตั้งบุคลากรที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.3 สอดคล้องกับ งานวิจัยของ วนิตา วีระกุล และ ถวิล เลิกชัยภูมิ (2543)⁽⁴⁾ จากการ

วิจัยสถานการณ์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการดำเนินงานในด้านการดูแลและจัดการด้านสาธารณสุขในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับ งานวิจัยของ รัตนกาญจน์ พร้อมสันเทียะ (2547)⁽⁵⁾ ในการศึกษาความพร้อมเทศบาลในจังหวัดนครราชสีมา ต่อการถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งมีการดำเนินงานโดยรวมเป็นรายด้าน 3 ด้าน คือ ด้านการวินิจฉัยสั่งการ การร่วมมือการประสานงานและด้านการงบประมาณอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ยังมีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ

พิจารณาเป็นรายด้าน ด้านกำลังคน พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับ งานวิจัยของ อารยาเดชภิมล (2546)⁽⁶⁾ จากการศึกษาการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในด้านการบริหารงานบุคคล อยู่ในระดับมาก แต่ทั้งนี้ หน่วยงาน อบต. ยังไม่มีบุคลากรรับผิดชอบในด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะ ไม่ได้กำหนดโครงสร้างกรอบอัตรากำลังคนไว้อย่างชัดเจน และหน่วยงาน อบต. ไม่ได้มีการดำเนินงานสรรหาบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจาก ยังไม่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

ด้านงบประมาณ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ หน่วยงาน อบต. ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากหน่วยงานอื่น เพื่อใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ งานวิจัยของ นิตยานันท์ (2545)⁽⁷⁾ จากการศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล ในงานสาธารณสุขอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการจัดงบประมาณเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับ งานวิจัยของ พัทธรา ผิขาว (2544)⁽⁸⁾ จาก

การศึกษาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านรายได้และงบประมาณ ซึ่งมีจำนวนมากแต่มีการสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนา ด้านสาธารณสุขมูลฐานโดยตรง ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ งบประมาณส่วนใหญ่ ใช้ในการพัฒนาตำบลทั้งหมด และจัดสรรให้เป็นงบประมาณในด้านการควบคุมและป้องกันโรค

ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ หน่วยงาน อบต. มีการวางแผน การควบคุม และการบริหารงานด้านวัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีน้อย เนื่องจาก ยังไม่มีการจัดรอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธรา ผิขาว (2544)⁽⁸⁾ จากการศึกษาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านวัสดุครุภัณฑ์ มีการสนับสนุนครุภัณฑ์ที่เน้นการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงบประมาณส่วนใหญ่ใช้ในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และจัดสรรให้เป็นงบในด้านการควบคุมและป้องกันโรค

ด้านการบริหารจัดการ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลคอนเงิน อำเภอเขียงยืน จังหวัด มหาสารคาม มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ หน่วยงาน อบต. ได้มีการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งการวางแผน การประสานงาน การดำเนินงานและการติดตามการดำเนินงานอยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ งานวิจัยของ พระคำสิงห์ ่องอาจ (2547)⁽⁹⁾ จากการศึกษาสภาพปัญหาการบริหารงานตามแผนพัฒนา ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีการดำเนินงานด้านเศรษฐกิจ ด้านการพัฒนาการเมืองและการบริหาร ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแผนเพื่อกำหนดกรอบอัตรา
กำลังคน ตลอดจนควรมีคำสั่งแต่งตั้งหรือผู้รับผิดชอบงาน
ด้านสาธารณสุขในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะใน
การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
3. ควรของบประมาณจากหน่วยงานอื่นๆ มา
สนับสนุนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
4. ควรมีแผนจัดซื้อและสนับสนุนวัสดุ/ครุภัณฑ์ใน
การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
5. ควรมีการสำรวจข้อมูลต่าง ๆ เพื่อจัดทำ
แผนพัฒนาในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
6. ควรมีการประสานงานด้านวิชาการกับหน่วยงาน
อื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ
7. ควรมีการวิจัยหาความสัมพันธ์ในการ
ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วน
ตำบล ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้าน
กำลังคน
8. ควรมีวิจัยการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ
องค์การบริหารส่วนตำบล ในด้านอื่นๆ รวมทั้ง ศึกษาในกลุ่ม
ประชากร อื่น ๆ หรือบุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริม
สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง. **กฎระเบียบและข้อบังคับสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2539.
2. สถาบันพระปกเกล้า. **การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : ธรรมดาเพรส บจก, 2545.
3. กระทรวงสาธารณสุข กองสุขศึกษา. **นโยบายและแผนสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา, 2544.
4. วนิดา วีระกุล และฉวี เลิกชัยภูมิ. **รายงานผลการศึกษาศึกษาประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้าน สาธารณสุขของชุมชน ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา, 2543.
5. รัตนกาญจน์ พร้อมสันติยะ. **ความพร้อมของเทศบาลในจังหวัดนครราชสีมา ต่อการถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการสาธารณสุขชุมชน**.
รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปร.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2547.
6. อารยา เดชภิมล. **การบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี**. รายงานการศึกษาค้นคว้า
อิสระ ส.บ. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัย มหาสารคาม, 2546.
7. นิดยา นันทขว้าง. **การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุขอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**. รายงานการศึกษาค้นคว้า
อิสระ ส.บ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
8. พัชรา ผิวขาว. **ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณี ศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด**. รายงานการศึกษา อิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2544.
9. พระคำสิงห์ งามอาจ. **ปัญหาการบริหารงานตามแผนพัฒนาตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์**. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ ศศ.ม.
มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2547.

เวทนาอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย

Sensation as relate to health care of blood type O patient with diabetes mellitus the Thai-Lao ethnic group in Thailand.

วรรณศรี สาเสน¹ อัจฉรา ภาณุรัตน์² อุษา กลมพันธ์³

Wannasri Sasen¹ Achara Phanurat² Usa Klompun³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบเวทนาอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย ระยะแรกเป็นการเก็บข้อมูลภาคสนามซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแนวชาติพันธุ์วรรณา เพื่อให้ได้สาระ ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ สมาชิกภายในครอบครัว ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน พระภิกษุ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกตอย่างมีและไม่มีส่วนร่วม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยเทคนิคแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำมาตีความ สร้างข้อสรุปผลการวิจัย แล้วนำมาเป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถามเชิงปริมาณเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 60 ข้อ ซึ่งทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.934 จากนั้นนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในประเทศไทย จำนวน 600 ชุด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Exploratory Factor Analysis

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า เวทนาอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย ที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ และความศรัทธาในพุทธศาสนา ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ สามารถดูแลสุขภาพและควบคุมเบาหวานได้ดี ซึ่งมีรหัสภูมิปัญญาทั้งหมด 11 รหัสดังนี้ คือ 1) การเดินจงกรมสัมพันธ์กับกาลสมณฐาน วาโย 2) อาณาปานสติสัมพันธ์กับอุปนิสัยบุคคลหมู่เลือดโอ 3) มังสวิรัตและศีล 8 เพื่อรักษาเบาหวาน 4) สัมโพชนงค์ 7 5) พุทธรวิ เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 6) หลักอาหารสมดุลฤทธิ์ร้อน-เย็น 7) อาหารเรปฤกฐสัญญาและอาหาร 4 8) กินปลาเป็นหลัก กินข้าวและผักเป็นยา กินกล้วยน้ำว้าบำรุงร่างกาย 9) เวทนา(อารมณ์) 3 สัมพันธ์กับหลัก 5อ. 10) ช่วงเวลาทำวัตรเช้า-เย็นมีนัยสำคัญทางการรักษาโรค 11) อีตถกถาข้อปฏิบัติและข้อห้ามของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ สามารถวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ ได้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเดินจงกรมเพื่อควบคุมเวทนาอารมณ์และฝึกตามลมหายใจแบบอนาปานสติ สามารถรักษาโรคเบาหวานได้ 2) การพิจารณาและรับประทานอาหารตามหลักสมดุลฤทธิ์ร้อน-เย็น อาหารเรปฤกฐสัญญา และมังสวิรัต เป็นทั้งการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) กินปลาเป็นหลัก กินข้าวและผักเป็นยา กินกล้วยน้ำว้าบำรุงร่างกาย เป็นสูตรอาหารภูมิปัญญาของอนุภูมิภาคแม่น้ำโขงเพื่อรักษาโรคและฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นเบาหวาน 4) การปล่อยวางอารมณ์ด้วยปัสัทธิและการปฏิบัติตามสัมโพชนงค์ 7 เป็นทั้งการดับเวทนาและรักษาเบาหวานแบบพึ่งตนเอง 5) บุคคลหมู่เลือดโอควรถือปฏิบัติศีล 5 บริสุทธและฝึกปฏิบัติดูแลสุขภาพด้วยหลัก 5 อ. 6) 7) พุทธรวิ ได้แก่ สวดมนต์ นามันต์ ศีล 5 สมุณไพร เดินจงกรม ทำสมาธิ และฟังธรรม เป็นประจำทุกวัน ช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: เวทนาอารมณ์, ผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ, การดูแลสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to investigate sensations of blood type O patients with diabetes mellitus in the Thai-Lao ethnic group in Thailand and the Lao People's Democratic Republic; to analyze elements of sensations associated with health care in the Thai-Lao ethnic group in Thailand.

¹ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์การพัฒนากุมภัก (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

² อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์การพัฒนากุมภัก (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์การพัฒนากุมภัก (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

Results: Qualitative study results demonstrated that sensations that were associated with health care of blood type O patients with diabetes mellitus in the Thai-Lao ethnic group in Thailand and that were suitable and related to patients' ways of life, culture, traditions, beliefs, and faith in Buddhism could help blood type O patients with diabetes mellitus be able to take care of their health and manage their diabetes well. There were 11 wisdom codes: 1) walking meditation related to Kala Samutthan (time), 2) Anapanasati, mindfulness of breathing, related to habits of blood type O people, 3) vegetarian foods and the 8 Precepts for diabetes treatment, 4) Sapta Bojjhanga, the seven factors of enlightenment, 5) 7 Buddhist Ways for diabetic patients' self-care, 6) the balanced diet between hot and cold foods, 7) Aharepatikulasanna, perception of the loathsomeness of food, and Four Nutriments of Life, 8) eating fish mainly, eating rice and vegetables as medicine, and eating a cultivated banana to nourish the body, 9) Vedana 3 (feeling or sensation) related to 5 key principles of health promotion, 10) time for Morning and Evening Chanting significantly important for treatment, and 11) "Hit Sip Song Khong Sip Si", practices and taboos of the Thai-Lao ethnic group.

Quantitative study results could be used for analyzing the following 6 components of health care among blood type O patients with diabetes mellitus. **First**, walking meditation to control sensations and practice Anapanasati, breath meditation could help cure diabetes. **Second**, considering and having balanced diet between cold and hot foods, perception of the loathsomeness of food, and vegetarian foods were both health promotion and health care for diabetic patients. **Third**, eating fish mainly, eating rice and vegetables as medicine, and eating a cultivated banana was wisdom for recipes in the Greater Mekong Subregion for diabetes treatment and diabetic patients' rehabilitation. **Fourth**, letting go from negative emotions by practicing Passaddhi (calmness) and following Sapta Bojjhanga was to cease feelings and treat diabetes, based on self-reliance. **Fifth**, blood type O people should follow the 5 precepts regularly and practice healthcare by 5 key principles of health promotion. **Sixth**, 7 Buddhist Ways included chanting, holy water, the 5 precepts, herbs, walking meditation, doing meditation, and listening to sermon regularly every day could prevent from having diabetes.

Key words: Sensation, Blood type O patient with diabetes mellitus, Health care

บทนำ

ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีการใช้เทคโนโลยีในการทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะทางจิตใจ อุนิสิข มีความเป็นไปตามหมู่เลือดของแต่ละคน ส่งผลทำให้เกิด การเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีหมู่เลือดโอ นั้นจะมีกรดในกระเพาะอาหารสูงสามารถย่อยอาหารจำพวกเนื้อได้ง่ายและรวดเร็ว แต่การย่อยช้า เบ่ง เพราะจะย่อยยาก จึงไม่ควรกินข้าว เบ่งมากเกินไปเพราะร่างกายจะเกิดการสะสมเบ่งร่างกายจะเปลี่ยนเบ่งให้เป็นน้ำตาลมากขึ้น จึงทำให้คนหมู่เลือดโอ นั้นอ้วนง่ายกว่าคนหมู่เลือดอื่นจึงทำให้มีโอกาสเป็นเบาหวานสูง ประกอบกับคนหมู่เลือดโอ เป็นคนที่มีภาวะผู้นำสูง มั่นใจ มุ่งมั่น อารมณ์ร้อน เร่งรีบ โกรธง่ายหายเร็วเมื่อมีเหตุผลที่ดี ทำให้เป็นที่คาดหวังจากคนรอบข้าง จนเกิดเป็นความกดดันและเกิดความเครียดสะสม ส่งผลให้ฮอร์โมนคอร์ติซอล ไปกระตุ้นให้ปริมาณของอินซูลินเพิ่มขึ้น โดยอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ออกจากตับอ่อน จะส่งผลให้รู้สึกอยากอาหารมากกว่าปกติ ผลก็คือ

คนที่มีความเครียดก็จะรู้สึกหิวอย่างมากและอยากทานอาหารเพื่อลดความเครียด⁽¹⁾ จึงทำให้คนหมู่เลือดโอ มีความสุขในการกิน ทำให้อ้วนง่ายและเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นอีกปัจจัยหนึ่ง และจากการสำรวจหมู่เลือดของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลคอนหัน อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 168 คน พบว่า มีหมู่เลือดโอสูงถึงที่สุดร้อยละ 45.83 หมู่เลือดบี ร้อยละ 29.76 หมู่เลือดเอร้อยละ 14.29 และมีค่าน้อยที่สุดคือ หมู่เลือดเอบีร้อยละ 10.12 ซึ่งปกติหมู่เลือดของคนไทย จะมีหมู่เลือดโอ เพียงร้อยละ 37⁽²⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเวทนาการมณที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเวทนาการมณของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาวหมู่เลือดโอ ในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมประเพณีและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ ให้ดำรงชีวิตอยู่กับเบาหวานได้อย่างมีความสุขตลอดไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเวทนา
อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
หมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทย เพื่อเป็น
แนวทางในการพัฒนาเวทนาอารมณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ไท
ลาวหมู่เลือดโอ ในอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำแม่โขง ที่สอดคล้องกับ
บริบทวัฒนธรรมประเพณีและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน
หมู่เลือดโอ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเวทนาอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแล
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไท
ลาว
ในประเทศไทย

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเวทนาอารมณ์ที่สัมพันธ์
กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไท
ลาว
ในประเทศไทย ในระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2558 ถึง
มกราคม 2560 โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือด
โอและ

ญาติผู้ใกล้ชิดและผู้ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ทำการศึกษา
ผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ใน
ประเทศไทย เป็นการศึกษาช่วงระยะเวลาระหว่าง ตั้งแต่
เดือนกรกฎาคม 2558 – เดือนมกราคม 2560

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

เลือกแบบเจาะจงจากบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับ
ความเชื่อ และพิธีกรรม ข้อปฏิบัติ การดูแลสุขภาพ ได้แก่
ผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้
ใกล้ชิด และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น หมอ
พื้นบ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่ง
ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. เครื่องมือที่เป็นตัวบุคคล คือ การใช้บุคคลเป็นผู้
เก็บรวบรวมข้อมูล หรืออำนวยความสะดวก เพื่อให้ได้
ข้อมูลอย่างครอบคลุม ตรงประเด็นเนื้อหาในการวิจัย
ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัยเอง ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญ
ผู้ช่วยวิจัย และ ผู้ประสานงาน

2. เครื่องมือที่เป็นเอกสาร ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่ง
มีโครงสร้าง และแนวทางการสังเกตที่ใช้สำหรับการ
สัมภาษณ์และการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง และ
แบบสอบถามเชิงปริมาณซึ่งเป็นมาตรวัดประมาณค่า
(Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการนำ
ข้อมูลข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ มาจัดทำเป็น
กระทงคำถามจำนวน 60 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบความ
เที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน นำไป
ทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และ
นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) เท่ากับ 0.934

3. เครื่องมือที่เป็นอุปกรณ์ช่วยในการเก็บข้อมูล
ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึกงานสนาม
(Field Note) เพื่อบันทึกสัมภาษณ์เจาะลึกและข้อมูลที่ได้
จากการสังเกตการณ์ตลอดจนความคิดเห็นของผู้วิจัย
ในขณะลงพื้นที่เก็บข้อมูล และกล้องถ่ายภาพ เพื่อใช้เก็บ
ภาพสถานที่ บรรยากาศและผู้ให้ข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องจากหนังสือ บทความวิชาการ วิทยานิพนธ์ และ
เอกสารต่าง ๆ เพื่อนำสาระที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานใน
การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์

2. การเก็บข้อมูลภาคสนาม เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้
เทคนิคที่หลากหลาย ดังนี้ 1) สังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม
และไม่มีส่วนร่วม (Participant Observation And Non
Participant Observation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยไปติดตาม
เยี่ยมในชุมชน โดยมุ่งเน้นกิจกรรมการดูแลสุขภาพ การ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยจะสังเกตร่วมด้วยใน
ประเด็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และการจัดบ้านเรือน ที่อยู่

อาศัยการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา หรือสมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อนำมาประกอบในการอธิบายการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ 2) สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Interview) เป็นการพูดคุยกับผู้นำชุมชน และชาวบ้านในชุมชน รวมทั้งเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ได้แก่ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ ในเรื่องบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ในขั้นตอนแรกเป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน สภาพสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อบนธรรมเนียมประเพณี วิธีการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านบริบททางสังคมและวัฒนธรรม 3) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In Depth Interview) เป็นวิธีการหลักที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาครั้งนี้

สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยต้องฝึกฝนตนเองให้เป็นผู้ที่ช่างสังเกต สนใจในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้อง บันทึกข้อมูลทุกประเภท มีทัศนคติที่ดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ฟังอย่างตั้งใจ มีจรรยาบรรณของนักวิจัย ทำตัวให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชนอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ของบุคคลรอบครัว ชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้อ่าน และจัดประเภทของข้อมูลยึดหลักตามคำถาม และวัตถุประสงค์การวิจัย เวทนามาตรณที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอในกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ในประเทศไทยการวิเคราะห์สังเคราะห์ หาองค์ความรู้ ตามความเชื่อ วัฒนธรรม พิธีกรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการศึกษาย้อนอดีตโดยอาศัยเทคนิคการวิจัยตามแนวชาติพันธุ์วรรณา

เพื่อให้ได้ข้อมูลเวทนามาตรณ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์โดยมุ่งทำความเข้าใจ องค์ความรู้ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (Exploratory Factor Analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ยังมีความเชื่อว่าสมุนไพร และน้ำพระพุทธรูป สามารถรักษาโรคให้หายได้ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านหรือหมอสมุนไพรเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการรักษาตามภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความเชื่อ ความศรัทธา โดยชาวบ้านยังมีความเชื่อในเรื่องหมอชา หมอดู หมอสะเดาะเคราะห์ หมอธรรม หมอเป่าคา หมอกระดูก หมอบีบเส้น หมอนวด หมอดำแข หมอน้ำมันต้น แต่หากการเจ็บป่วยด้วยโรคของเคราะห์กรรมผู้ที่ทำหน้าที่รักษา คือ หมอพระภิกษุที่อยู่วัด ดังนั้นหมอพระจึงมักมีความรู้เรื่องธรรมะเพื่อใช้ในการรักษาโรคของเคราะห์กรรมได้เป็นอย่างดี

ผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ ส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตในอาชีพเกษตรกรรมแบบพอเพียง ฟังฟังธรรมชาติมาตั้งแต่บรรพบุรุษ วิถีชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยทางธรรมชาติและประเพณีวัฒนธรรมของสังคม แต่ในปัจจุบันสภาวะสิ่งแวดล้อมภายนอกได้เปลี่ยนไปตามยุคสมัยซึ่งอยู่เหนือการควบคุม แต่ปัจจัยภายในก็ยังเหมือนเดิมและเป็นสิ่งที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเอง โดยใช้ศีล 5 เป็นตัวควบคุมกำกับเป็นพื้นฐาน อาศัย ความศรัทธาในพระพุทธศาสนาเป็นเครื่องนำทาง และความเชื่อ เรื่องบุญ ประเพณี วัฒนธรรม ฮีต 12 เดือน เป็นสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อเป็นสิ่งที่ล่อเลี้ยงจิตใจเพื่อให้เกิดมีเวทนามาตรณสุข และเฉย ๆ ขึ้นภายในใจแล้วก็จะส่งผลทำให้มีความสนใจและใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบพึ่งตนเองอย่างแท้จริง



รูปภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการพัฒนาเวทนาอารมณ์ของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว

จากภาพที่ 1 อธิบายรูปแบบการพัฒนาเวทนาอารมณ์ของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว วงกลมห้าเหลี่ยมอยู่ภายในที่มีหมายเลข 1 ถึง 5 หมายถึง ศีล 5 อันเป็นข้อธรรมพิเศษที่ส่งเสริมสุขภาพโดยธรรมชาติ ภายในหรือเรียกว่าธรรมารมณ์(ธรรมะ+อารมณ์) โดยใช้ศีล 5 เป็นพื้นฐานตามธรรมชาติของอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เป็นธรรมะที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ ให้มีสุขภาพดี ซึ่งประกอบด้วยรหัสภูมิปัญญา 5 รหัส ดังนี้ คือ 1)เดินจงกรมสัมพันธ์กับกาลสมุฏฐานวาโย 2)อาณาปานสติสัมพันธ์กับอุปนิสัยบุคคลหมู่เลือดโอ 3) มังสวิรัตและศีล 8 เพื่อรักษาเบ้าหวาน 4) สัมโพชฌงค์ 7 5)7 พุทธวิธีเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ ประพฤติ ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาเวทนาอารมณ์ของตนเอง เพื่อให้เกิดธรรมะขึ้นภายในจิตใจก่อนนำสู่การปฏิบัติตนให้เห็นจากภายนอก จนทำให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจนั่นเอง

ส่วนวงกลมรอบนอกสีแดงหมายถึง หมู่เลือดโอหรือสีแดงคือชาติในที่นี่แทนชาติพันธุ์ไทลาว อันมีวงจร

ไหลเวียนไปมาในร่างกายอย่างสมดุลระหว่างธรรมารมณ์ภายในกับปัจจัยภายนอก

ลูกศรสีเขียว หมายถึง พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ภายนอกเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ เป็นรหัสภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลถึงเวทนาอารมณ์อันประกอบด้วย 6 รหัสภูมิปัญญา ได้แก่ 1)หลักอาหารสมดุลฤทธิ์ร้อน-เย็น 2)อาหารแปดประการและอาหาร 4 3) กินปลาเป็นหลัก กินข้าวและผักเป็นยา กินกล้วยน้ำว้าบำรุงร่างกาย 4) เวทนา(อารมณ์) 3 สัมพันธ์กับหลัก 5 อ. 5)ช่วงเวลาทำวัตรเช้า-เย็นมีนัยสำคัญทางการรักษาโรค 6) สัตตองถ้อยข้อปฏิบัติและข้อห้ามของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว โดยทั้ง 6 รหัสภูมิปัญญาปัจจัยภายนอกนี้เป็นการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ ตามช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม จึงจะทำให้เกิดเวทนาอารมณ์สุข เพื่อรักษาเบ้าหวานได้ ถึงแม้ร่างกายจะป่วยแต่ใจจะไม่ป่วยไปด้วย โดยมีคำสัมผัสภาษาที่สำคัญและสอดคล้องกับ 11 รหัสดังนี้ คือ

1. การเดินทางกรมสัมพันธ์กับกาลสมุฏฐานวโย สอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ที่ว่า “เดินทางกรมได้ทำช่วงระหว่างจำวัดวันพระระหว่างฤดูเข้าพรรษา ขยายมีความคิดว่าการเดินทางกรมนอกจากทำให้เรามีสติและมีสมาธิแล้วยังเป็นการออกกำลังกายของข้อเท้า และขา แล้วยังทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวดี ทำให้ขับถ่ายได้สะดวกขึ้น เวลาขยายเดินทางกรมแล้วรู้สึกสงบในใจ ไม่คิดเรื่องทางบ้านเลขทำให้มีความสุข”

2. อาณาปณาสติสัมพันธ์กับอุปนิสัชบุคคลหมู่เลือด โอ จากคำสัมภาษณ์ที่ว่า “หายใจช้า ๆ อายุจะยืน คนหายใจเร็วจะอายุสั้น ดังนั้นเราความฝึกตามลมหายใจเข้า-ออกอย่างมีสติ” สอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ที่ว่า “หมู่เลือดโอให้เลือดได้กับทุกหมู่เลือด ใจบุญ ไปร่วมงานบุญประเพณี ชอบช่วยเหลือลูกหลาน เป็นการสะสมความดี เกิดเป็นความสุข และเป็นหน้าที่ของคน คือการช่วยเหลือกันด้วยความจริงใจ จะทำให้เกิดความสงบสุขในสังคมหมู่บ้าน”

3. มังสวิรัตและศีล 8 เพื่อรักษาเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ที่ว่า “ไม่กินเนื้อสัตว์ใหญ่มาหลายปีแล้ว ชีวิตก็ดีขึ้นไม่ทุกข์ใจเหมือนแต่ก่อน พอไม่ทุกข์ใจก็ได้มีเวลาสนใจสุขภาพตัวเอง ร่างกายก็แข็งแรงขึ้น น้ำตาลก็ลดลง” และสอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “พระภิกษุสงฆ์ป่วยเป็นเบาหวานที่ปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบ จะสามารถควบคุมเบาหวานได้ดี แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ยังละเลยไม่ได้ก็ควบคุมไม่ได้เช่นเดียวกับโยมเหมือนกัน แต่หากผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีล 8 อย่างเคร่งครัดก็จะควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ที่ถือศีล 5”

4. สัมโพชนงค์ 7 โดยเฉพาะการรู้จักปล่อยวางกายและใจซึ่งจะสอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “พ่อแม่พี่น้องและลูกเป็นเบาหวานทุกคนผมว่า มันเป็นจากกรรมที่เคยทำร่วมกันมา” และทำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “เบาหวานเป็นนำแนว แต่คนป่วยเบาหวานที่เป็นคนมีศีล มีธรรม ก็จะมีสุขภาพดีเหมือนคนปกติได้”

5. 7 พุทธวิธี เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “กินยาเป็นประจำไม่เลขาขาด บางครั้งจะมียาสมุนไพรเป็นยาหม้อหรือสมุนไพรเดี่ยว เช่น ดมปอกะบิด ดมหมากกันจ้ำ ดม

ต้นไต้ใบ ใบหนานเฉาห่วย ใช้ 5-7 ใบ ใส่ น้ำพอกท่วม ดม 15-20 นาที ดมครั้งละ 1 ถ้วยกาแฟวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็นสลับกัน ที่กินบ่อยคือคั้นน้ำข่านาง ใบอ่อมแซบใบเตย ผักบุ้ง ใบมะขม คั้นกินน้ำสด ๆ กินได้ตลอดวัน ผมก็กินสมุนไพรเกือบทุกอย่างที่เพื่อนผู้ป่วยเบาหวานแนะนำ เพราะเขามีประสบการณ์ก่อนเรา น้ำตาลก็อยู่ในระดับปกติ” สอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “กินยากับหมอแผนปัจจุบันเป็นประจำขาดนั้นคือร่างกาย ส่วนจิตใจนั้นต้องสงบด้วยการไหว้พระสวดมนต์ เดินทางกรม และนั่งสมาธิ ก็ต้องทำทุกวัน เช่นกันทำแล้วสบายใจ มีความสุข”

6. หลักอาหารสมดุลฤทธิ์ร้อน-เย็น ซึ่งสอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “เบาหวานเป็นภาวะร้อนเกิน เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายเราต้องเลือกกินอาหารให้เป็นยา ด้วยสติและสมาธิ โดยเลือกคัดสรรอาหารพืช ผัก ผลไม้ และข้าว ที่มีฤทธิ์เย็นให้เหมาะสมกับภาวะเบาหวานหากพิจารณาและปฏิบัติบ่อยๆจนกลายเป็นนิสัยแล้วก็จะหายจากการเป็นเบาหวานได้”⁽³⁾ และสอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “ลดอาหารทอด ของมัน ของหวาน พวกนี้มีฤทธิ์ร้อน หันมากินผักและผลไม้สดๆแทน และที่ขาดไม่ได้คือการทำน้ำสมุนไพรฤทธิ์เย็นดื่มทุกวัน เพราะเป็นของหาได้ง่ายอยู่ใกล้และหาง่าย เวลาออกไปทำสวน อากาศร้อน ๆ ก็ดับกระหายได้ดีจริง ๆ และทำให้อารมณ์เย็นลงด้วย”

7. อาหารเรปฏิกูลสัญญาและอาหาร 4 ซึ่งสอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของนางทองผลัด ดอนบรรเทาที่ว่า “ข้าว พืชผัก ผลไม้จะปลูกเอง โดยเน้นปลอดสารเคมี ปุ๋ยเคมี และฮอร์โมนต่างๆจะไม่ใช้ เพราะเราต้องกินอาหารที่ไร้พิษจึงจะทำให้ปลอดจากโรค ส่วนสมุนไพรฤทธิ์เย็นปลูกทุกอย่าง เช่น อ่อมแซบ ข่านาง ผักบุ้ง ผักกวาดคุ้ง ไชยา เป็นต้น ส่วนเครื่องเทศ ใบมะกรูด โหระพา แมงลัก ตะไคร้ เป็นต้น” สอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “เราต้องรู้จักเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับเราถ้ารู้ว่าเป็นของแสลง ของไม่ดีหรือเป็นพิษ ก็ไม่กินเข้าไปให้ร่างกายเราทรมาณ”

8. กินปลาเป็นหลัก กินข้าวและผักเป็นยา กินกล้วย น้ำว่าบารุงร่างกาย สอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “ผมชอบกินปลากับข้าวเหนียว เพราะผมหาได้เองไม่ต้องซื้อ

ปลา หาทักมานึ่งรวมกับปลา ค่ำแจ่ว อาหารพวกนี้ต้องกินกับข้าวเหนียวถึงจะอร่อย” และบทให้สัมภาษณ์ว่า “ไปยกตะตู่ที่สระนา ได้ปลามากิน เหนื่อยแต่ก็ได้กินปลาสด ๆ เอามาปิ้ง ค่ำส้มตำกินกับข้าวเหนียวร้อน ๆ ผลไม้ก็กล้วย น้ำว้าหรือแก้วมังกรที่ปลูกรอบบ้าน ไม่ต้องซื้อแต่ก็ต้องจำกัดข้าวเหนียวให้แม่”

9. เวทนา(อารมณ์) 3 สัมพันธ์กับหลัก 5๐ ซึ่งสอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ที่ว่า “ยายว่า ใจเป็นใหญ่ ใจเป็นประธาน ร่างกายเราถูกควบคุมโดยใจทั้งหมด” และบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน สิ่งที่สำคัญที่สุดคือเรื่องจิตใจ เพราะหากจิตใจดีงามแล้ว คำพูดและการกระทำก็จะดีงามตามไปด้วย” สอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “ฉันอ้วนเกินมาตรฐาน เพราะฉันชอบทำอาหาร ของหวาน ของทอด พอเป็นเบาหวาน ของทอดของหวานงดเลย ทำให้ลดน้ำหนักได้ด้วย” สอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ว่า “ผู้ป่วยเบาหวานที่ผมเห็นจะเป็นคนอารมณ์ร้าย และมีเรื่องทะเลาะในครอบครัวบ่อย ๆ” และสอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ที่ว่า “ถ้าไม่ถ้อยจาเราะผมจะอดอดทำให้อารมณ์เสีย หงุดหงิด ผมแก้ด้วยการดื่มน้ำ 2 แก้ว ทันทีที่ตื่นจะช่วยระบายของเสียในลำไส้ได้ด้วย”

10. ช่วงเวลาทำวัตรเช้า-เย็นมีนัยสำคัญทางการรักษาโรค สอดคล้องกับบทให้สัมภาษณ์ว่า “ลุกขึ้นมาทำวัตรตอนตีสี่ทุกวัน สวดมนต์ นั่งสมาธิ เดินจงกรม เป็นการออกกำลังกายและออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพแข็งแรงทำให้ควบคุมเบาหวานได้”

11. ฮีตคองถือข้อปฏิบัติและข้อห้ามของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว “ลาวเทิงและลาวสูงเป็นเบาหวานน้อย เพราะยังรักษา ฮีตคองประเพณีไว้ได้อย่างดีเป็นคนขยัน ประหยัด กตัญญู ทำนา ปลูกผัก เลี้ยงเป็ดไก่ และทำกับข้าวกินเอง ไปทำงานนอกบ้านกลางวันก็กลับมากินข้าวที่บ้าน” และสอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ที่ว่า “บุญผะเหวดนี้เป็นมหาบุญ ขยายฟังเทศน์ครบ 13 กัณฑ์ ทุกปี ขยายมาช่วยงานที่วัดทุกวัน แม่เคยบอกว่าไม่ทำบุญเดือนไหนก็ได้แต่บุญผะเหวดนี้ห้ามเพราะเป็นบุญที่จะติดตัวไปถึงภพภูมิชาติหน้า และชาติต่อ ๆ ไปไม่มีใครมาลักขโมยเอาไปได้ ร่างกายก็เหนียวก็ปวดอยู่แต่ฉันมีความสุขที่ได้มาทำบุญนี้”

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม แล้วนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 600 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิค Exploratory Factor Analysis สกัดองค์ประกอบด้วยเทคนิคแกนสำคัญ (Principal Component Analysis) หมุนแกนภายหลังการสกัดองค์ประกอบ (Factor Rotation) เพื่อให้ตัวแปรสัมพันธ์กับองค์ประกอบมากขึ้น โดยการหมุนแบบออร์โธกอนอล (Orthogonal Rotation) วิธีแวนเมกซ์ (Varimax) 1000 รอบ ได้แบบแผนองค์ประกอบซึ่งผู้วิจัยพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป พบว่า องค์ประกอบเวทนาอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ ในประเทศไทย มี 6 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 “เดินจงกรม” เพื่อควบคุมเวทนาอารมณ์และฝึกตามลมหายใจแบบอานาปานสติ สามารถรักษาเบาหวานได้

องค์ประกอบที่ 2 การพิจารณาและรับประทานอาหารตามหลักสมดุลฤทธิ์ร้อน-เย็น อาหารเรปฤกฏ และมังสวิริติ เป็นทั้งการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบที่ 3 “กินปลาเป็นหลัก กินข้าวและผักเป็นยา กินกล้วยน้ำว้าบำรุงร่างกาย” เป็นสูตรอาหารภูมิปัญญาของอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขงเพื่อรักษาโรคและฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นเบาหวาน

องค์ประกอบที่ 4 การปล่อยวางอารมณ์ด้วย “ปัสสัทธิ” และการปฏิบัติตามสัมโพชฌงค์ 7 เป็นทั้งการจัดการเวทนาอารมณ์และรักษาเบาหวานแบบพึ่งตนเอง

องค์ประกอบที่ 5 บุคคลหมู่เลือดโอควรถือปฏิบัติศีล 5 บริสุทธและฝึกปฏิบัติดูแลสุขภาพด้วยหลัก 5 อ.

องค์ประกอบที่ 6 7 พุทธวิธี (สวดมนต์ นามนัต ศีล 5 สมุณไพโร เดินจงกรม ทำสมาธิ และฟังธรรม) เป็นประจำทุกวัน ช่วยป้องกันการเกิดเบาหวานได้

อภิปรายผล

วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ ยังดำรงชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป ยังคงต้องทำมาหากิน ส่วนใหญ่มีอาชีพทางการเกษตร เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ และมีอาชีพเสริมทอดผ้า จักสาน สานแห หาลา และ

คำขาย เป็นภูมิปัญญาที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ สืบต่อมาหลายร้อยปี และมีวิธีการดำรงชีวิตโดยพึ่งพิงกับธรรมชาติเป็นหลัก โดยมีความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย มีความเชื่อและความศรัทธาในพระพุทธศาสนา การร่วมงานบุญประเพณี 12 เดือนเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจคนในชุมชน เป็นสิ่งที่ทำให้ญาติพี่น้องได้พบปะพูดคุยถามข่าวคราวของกันและกัน ซึ่งการทำบุญเป็นการเสียสละการแบ่งปันนั้นเป็นการลดความโลภภายในจิตใจจะสามารถทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพราะการทำบุญจะเกิดความสุขขึ้นในจิตใจ มีความปลอดภัยโปร่งโล่งสบาย การทำบุญตามประเพณีนั้น เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเบาหวาน หมู่เลือดโอ ได้รู้จักการจัดการเวทนาอารมณ์เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอที่มีภาวะไตวายระยะที่ 4 ที่แพทย์แผนปัจจุบันทำนายการดำเนินของโรคว่าจะเสียชีวิตภายใน 7 เดือนนั้น ยังมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี โดยการปรับสมดุลร่างกายและจิตใจ ในส่วนทางด้านร่างกายจะเน้นเรื่องอาหารสมดุล ร้อนเย็น และด้านจิตใจจะเน้นเรื่องการปล่อยวาง ทำใจให้ยอมรับที่ต้องอยู่กับเบาหวานตลอดชีวิต และยังให้ความสำคัญกับการทำบุญประเพณีตามวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลาว ตลอดจนการช่วยเหลือสังคมและการเป็นจิตอาสาในงานของส่วนรวมของชุมชนทำให้ก่อเกิดเป็นความรัก ความสามัคคีและความอบอุ่นของคนในชุมชนที่ได้เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกันเกิดเป็นสังคมสันติสุข สำหรับผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอที่ได้ทำบุญ ทำกุศล คิดดี ทำดี พูดดี จะมีความเอิบอิ่ม เบิกบานใจ สบายใจ จะมีความสนใจดูแลสุขภาพจนทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และดำรงชีวิตอยู่กับเบาหวานด้วยเวทนาอารมณ์สุข จนทำให้เกิดเป็นความสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนส่งเสริมเวทนาอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดอื่นๆ ให้สามารถนำมาเป็นแนวทางและกลวิธีป้องกันการเกิดเบาหวานในงานสาธารณสุขชุมชนต่อไป
2. ควรนำเอาองค์ความรู้จากงานวิจัยนี้เป็นแนวทางประยุกต์เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

เบาหวานแบบองค์รวมด้วยการพึ่งตนเอง เป็นการเพิ่มศักยภาพในแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดการพึ่งพาระบบบริการทางการแพทย์เกินความจำเป็นนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสำคัญการร่วมงานบุญประเพณีต่างๆของชุมชนเพื่อจะได้มีความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างใกล้ชิดเพื่อการวางแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยยึดวิถีชีวิตวัฒนธรรมประเพณีของผู้ป่วยเป็นหลัก

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ในระบบบริการสาธารณสุข ควรมีการปลูกฝังให้ได้รับการเรียนรู้และยอมรับในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการสื่อสารระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับวิถีชุมชน

5. โรงพยาบาลทุกระดับควรมีการไหว้พระสวดมนต์ในคลินิกเบาหวานก่อนให้บริการ เพื่อการจัดการเวทนาอารมณ์ของผู้ป่วยเบาหวาน

6. โรงพยาบาลระดับควรจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามความเชื่อ ทางพุทธศาสนา เช่น สร้างองค์พระพุทธรูปไว้บริเวณหน้าโรงพยาบาลเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ ตามความเชื่อและความศรัทธา ตามวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อัญญา ภาณุรัตน์, ดร.อุษา กลมพันธ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาลินี อุทธิเสน, ศาสตราจารย์ ดร.นพ.กระแส ชนะวงศ์, ศาสตราจารย์ ดร.นพ.เทพน มืองแมน, ศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เพียรชอบ ดร.สุภาณี ชงไชย คณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงพัฒนาให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอ และญาติใกล้ชิด และผู้ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานหมู่เลือดโอทุก

ท่าน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ด้วยความยินดีและเต็มใจในการให้สัมภาษณ์

เอกสารอ้างอิง

2. จิตสุภา ปองธรรม. กินตามหมู่เลือด สุขภาพดีไม่มีซ่อม. ไพลิน. กรุงเทพฯ, 2553.
3. ใจเพชร ก้านจน. มาเป็นหมอดูแลตัวเองกันเถอะ. พิมพ์ครั้งที่ 17. อูษาการพิมพ์. กรุงเทพฯ, 2557.
1. ชญานิศ ขวัญจิรา. UNLOCK ปลดล็อกความเครียด. อะเบ๊าท์ นู้ค. กรุงเทพฯ, 2557.

การพัฒนาารูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพ
ในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย

The Development of the Model on Health Self-care and Health Hazard revention in Community
situation of flood disaster.

วิศัยกร คล้ายเกตุ¹, เรณูมาศ มาอูน²

Wipuskorn Klai-ket , Ranumas Ma-oon

บทคัดย่อ

การวิจัยการพัฒนาารูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อพัฒนาารูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจร่วมกับเชิงคุณภาพประเภทปรากฏการณ์นิยม โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ ประชาชนในพื้นที่ประสบเหตุอุทกภัยซ้ำซากจำนวน 896 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้รู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการส่งเสริมสุขภาพในภาวะอุทกภัยจำนวน 15 คนได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่เป็นข้อคำถามปลายเปิดมีตัวเลือกในการตอบ 4 ระดับและแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง การเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองแบบอิสระ สัมภาษณ์รายบุคคล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าสถิติวิเคราะห์ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยศึกษาจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 13 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการจัดการส่งเสริมสุขภาพภาวะอุทกภัย เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามความคิดเห็นในแต่ละประเด็นของรูปแบบเป็นข้อคำถามปลายเปิด วิธีการเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ ผลการวิจัยระยะที่ 1 พฤติกรรมการจัดการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพภาวะอุทกภัย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อจัดการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อจัดการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในภาวะที่ประสบอุทกภัย และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ บุคลากร ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพภาวะอุทกภัย ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า ได้รูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพที่มีความโดดเด่นในด้านการบูรณาการครบตามระยะของการเกิดอุทกภัยและเป็นรูปแบบที่สามารถบริหารจัดการได้ภายในชุมชนเองโดยเน้นกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ตามลักษณะของชุมชนในสังคมไทยรวมทั้งการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพ

คำสำคัญ: การจัดการส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันอันตรายทางสุขภาพ , ภาวะอุทกภัย

Abstract

The flood disaster is Considered as one of the natural disasters that has effected on the victims health in the areas. The objective of this research then had the main purpose to develop a model of health self-care and health hazard prevention for the victims in flood disaster areas. The research methodology involved the mixed method of analysis. There were 2 phases of operation. The first phase concerned the survey of qualitative research on phenomenology approach from which the study was carried out from 896 samples. The sampling process was the multi-stage one as the first phase. The second phase included 15 experts and experienced group of informants of the flood disaster. The sampling was done by the purposive one. The instrument of the study consisted of closed ended questionnaire having four rating scales and the non-structured open- ended interviews. The data gathering involved independently individual questionnaire answering , free styled in depth interviews. The data analysis applied the quantitative approach using analytical statistic values: frequencies, mean, percentage, Pearson's

¹ นิสิตปริญญาเอกสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

coefficient and multiple regression analysis, as well as contextual analysis from the qualitative data gathering. For the second stage of operation, the researcher used research and development method by studying concepts gained from 13 specialists and expertise of related academic fields who contributed ideas and opinions on health care and health hazard prevention. The instrument used in the study consisted of questionnaire as closed ended questions and open ended one. The data gathering applied the seminar on model comments delivery. The data analysis used contextual analysis approach. The research results pointed and the following significant issues: the behaviors of health self-care and health hazard prevention at middle level value, casual factors on perception flood disaster health care risk, perception self actualization in managing on health care prevention, perception of capability and local wisdom application for health care prevention and management at significant level of 0.01. as well, The external factor involving supports on instruments, staff, information at significant level of 0.05. According to the study result for phase 2, the findings revolved that the model of health self-care and health hazard prevention during the Flood Disaster in Community distinguishably showed the completed circle of integrative operation and also showed that it was the model applicable and manageable under the community participation and management.

Keywords: Health Self-care, Health Hazard Prevention, flood disaster

บทนำ

อุทกภัยเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่องค์การสิ่งแวดล้อมโลกคาดการณ์ว่าเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่มีโอกาสเกิดขึ้นมากที่สุดในอนาคต⁽¹⁾ และโดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่มรสุมจึงมีโอกาสนำให้เกิดอุทกภัยได้ในทุกภาคของประเทศ จากอดีตที่ผ่านมาประชาชนได้รับความเสียหายจากอุทกภัยจำนวนมาก ทั้งสูญเสียทรัพย์สิน การบาดเจ็บล้มตาย โดยเหตุการณ์สูญเสียดังกล่าวเกิดจากการขาดการเตรียมพร้อมเพื่อเผชิญกับอุทกภัย ประเทศไทยได้เผชิญกับภาวะอุทกภัยหลายครั้งครั้งล่าสุดที่เป็นอุทกภัยครั้งใหญ่ในปี 2554 ได้เกิดมหาอุทกภัยขึ้นในภูมิภาคส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมหลายด้าน ที่สำคัญคือผลกระทบทางด้านสุขภาพ จากการสำรวจของสภาสุขภาพไทย⁽²⁾ ได้สำรวจปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอันเนื่องมาจากเหตุอุทกภัยด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งที่เกิดโรคต่างๆ ในสถานการณ์มหาอุทกภัยปี 2554 ที่ผ่านมานี้ พบว่า มีประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนดังกล่าวทั้งสิ้น 13,595,192 คน มีผู้เสียชีวิต 813 ราย โดยเฉพาะในเขตภาคกลางตอนล่างอันได้แก่ พื้นที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดอ่างทอง และจังหวัดสระบุรี มีจำนวนผู้ประสบภัยมากถึง 1,683,818 คน

ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ได้สำรวจเกี่ยวกับการเกิดโรคระบาดในภาวะอุทกภัย โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดิน

อาหาร รองลงมาคือ โรคผิวหนัง โรคตาแดง อีกทั้งจากการศึกษาสำรวจข้อมูลนำร่องของผู้วิจัยเกี่ยวกับการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 1,152 คน พบว่า โรคระบาดที่เกิดขึ้นในช่วงอุทกภัยมีจำนวนมาก เช่น โรคน้ำกัดเท้า ซึ่งเกิดขึ้นในอัตรา 2.32 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคตาแดง เกิดขึ้นในอัตรา 1.54 ต่อแสนประชากร และ โรคระบบทางเดินอาหารเกิดขึ้นในอัตรา 1.44 ต่อแสนประชากร สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การขาดการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของประชาชน นอกจากโรคทางกายแล้วนี้ ในภาวะอุทกภัยยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนอีกด้วย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชาชนที่ประสบเหตุอุทกภัยมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 5.50 ในด้านการเผชิญกับปัญหาอุทกภัยประชาชนที่ส่วนใหญ่จะรอคอยความช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐ ด้วยเหตุความตื่นตระหนก ขาดสติจึงมิได้มีการเตรียมการจัดการส่งเสริมสุขภาพในภาวะอุทกภัยด้วยตนเอง อีกทั้งในรายงานบทเรียนจากมหาอุทกภัยปี 2554 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ชี้ให้เห็นว่าเมื่อเกิดเหตุอุทกภัยแล้วความสามารถในการให้ความช่วยเหลือจากทางภาครัฐมักดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมทั่วถึงเนื่องจากปัจจัยอุปสรรคต่างๆ ได้แก่ ขาดบุคลากรเจ้าหน้าที่ขาดแคลนยานพาหนะ เรือ อุปกรณ์ระยะเวลา และข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ในการเข้าถึงที่ทำ

ให้การช่วยเหลือประชาชนเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่ครอบคลุมทั่วถึง

แนวคิดที่สำคัญประการหนึ่งในการจัดการทางสุขภาพชุมชนในภาวะอุทกภัย คือ การจัดการสุขภาพแบบครบวงจร (Comprehensive Management) ที่ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดอุทกภัย การจัดการระหว่างเกิดอุทกภัย และการจัดการในระยะฟื้นฟูหลังการเกิดอุทกภัย ซึ่งน่าจะเป็นแนวคิดที่นำไปสู่แนวทางการปฏิบัติในการจัดการด้านสุขภาพในภาวะอุทกภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมการจัดการด้านสุขภาพในภาวะอุทกภัยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเริ่มจากการวางแผน การดำรงรักษาสุขภาพให้อยู่ในภาวะปกติ (Health Maintenance) และ การป้องกันอันตรายทางสุขภาพ (Health Hazard Prevention) ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบริบท อย่างไรก็ตาม จากการศึกษางานวิจัย รายงาน และ เอกสารจากประเทศที่ประสบเหตุอุทกภัยบ่อยครั้ง ได้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการภัยพิบัติทางธรรมชาติโดยเฉพาะอุทกภัย ต้องกำหนดระยะการปฏิบัติคือ ระยะเตรียมการก่อนเกิดเหตุ ระยะเกิดเหตุ และระยะฟื้นฟู เพื่อการบริหารจัดการด้านต่างๆ ได้แก่ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การพัฒนาความรู้เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติตามสถานการณ์จริง⁽⁵⁾

นอกจากนี้ผู้วิจัยซึ่งได้ทำศึกษานำร่องโดยสุ่มสำรวจและสังเกตพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ชุมชนที่ประสบอุทกภัยซ้ำซากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าชุมชนที่มีการเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้าโดยอาศัยทรัพยากรในพื้นที่ และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ถ่ายทอดเนื่องกันมาจากรบรรพบุรุษ จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างดีและแก้ปัญหาสุขภาพได้ดีกว่า ชุมชนที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนภาวะวิกฤตที่ให้ความสำคัญกับการจัดการสุขภาพภาวะวิกฤติตามบริบทชุมชน กล่าวคือ ชุมชนที่มีระบบการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถจัดการปัญหาเพื่อไม่ก่อให้เกิดความสูญเสีย และสามารถป้องกัน

อันตรายจากภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นได้ดีกว่าชุมชนที่ไม่มีการเตรียมความพร้อมในการจัดการปัญหาจะทำให้เกิดภาวะวิกฤตส่งผลกระทบต่อองค์กรภายนอกมาช่วยจัดการให้กับชุมชน ซึ่งจากสภาพการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดำเนินการด้านสุขภาพในชุมชนที่ประสบปัญหาอุทกภัยมีการดำเนินการอยู่บ้างโดยชุมชนเอง แต่เป็นไปอย่างไม่มีแบบแผนที่ชัดเจนและเชื่อมั่นได้ว่าจะสามารถจัดการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัยเพื่อป้องกัน และลดปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการฟื้นฟูภาวะสุขภาพภายหลังการเกิดอุทกภัยด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้จะเห็นได้ว่า การจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ จำเป็น และเร่งด่วน เนื่องจากอุทกภัย เป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้สูงและมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสเกิดมากขึ้นด้วย การเกิดอุทกภัยในแต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ หากประชาชนได้มีการดำเนินการจัดการและป้องกันปัญหาสุขภาพถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลให้สามารถลดอันตรายและความเสี่ยงทางด้านสุขภาพในภาวะดังกล่าวได้ ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปแบบการดำเนินงานแบบครบวงจร เน้นการดำเนินงานโดยความร่วมมือของชุมชนเพื่อชุมชนเอง ซึ่งเป็นแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม ลดความสูญเสีย เจ็บป่วยทางสุขภาพในภาวะอุทกภัย โดยผู้วิจัยมุ่งหวังว่า รูปแบบที่จะพัฒนาขึ้นนี้จะยังประโยชน์อย่างยิ่งในการจัดการสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย อันจะส่งผลต่อการลดและป้องกันปัญหาด้านอื่นๆที่อาจเกิดตามมาด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย

2. ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย

3. เพื่อสร้างและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในระยะที่ 1 นี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเมินหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Correlational Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ ประเภทการวิจัยเชิงปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ **กลุ่มที่ 1** ประชากรที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ประสบเหตุอุทกภัยในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 และในเขตจังหวัดภาคกลางตอนล่าง อันได้แก่ พื้นที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสระบุรี โดยมีจำนวน 883,818 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จำนวน 896 คนได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) มีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดพื้นที่ที่เคยประสบเหตุอุทกภัยซ้ำซากในเขตภาคกลางตอนล่าง ขั้นตอนที่ 2 กำหนดตำบลที่ใช้เป็นพื้นที่สำหรับเก็บข้อมูลจาก 5 จังหวัดที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 1 โดยเลือกตำบลที่ประสบเหตุอุทกภัยซ้ำซาก และประสบเหตุเต็มพื้นที่ได้ตำบล ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างจากประชากรในพื้นที่ที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 2 โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดกลุ่มตัวอย่างรวมในแต่ละตำบลโดยคำนวณสัดส่วนจากจำนวนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ขั้นตอนที่ 5 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่ม

อย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างครัวเรือนละ 1 คนเป็นผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มที่ 2 ประชากรที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) โดยเลือกจากพื้นที่ที่ประสบเหตุอุทกภัยซ้ำซาก และมีความสามารถบริหารจัดการด้านสุขภาพในช่วงเกิดเหตุอุทกภัยได้อย่างดีคือมีประชาชนที่เจ็บป่วยน้อยที่สุด คือ หมู่บ้านวัดนกรูจาง ตำบลวัดขยม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุข และ ปราชญ์ชาวบ้าน รวมทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือสำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เป็นแบบสำรวจปัจจัยชีวิตสังคม ปัจจัยเชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัยที่ผ่านมา เป็นแบบสำรวจที่ประกอบด้วยข้อกระทงคำถามทั้งคำถามปลายเปิด และคำถามปลายปิด ในส่วนของคำถามปลายปิด ข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่าที่มีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ระดับ ตามระดับความต้องการและระดับการประเมินตนเอง ข้อมูลจึงมีลักษณะเป็นช่วงมาตร (Interval Scale) ที่เป็นมาตรประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) เครื่องมือสำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured Interview) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ สภาพสุขภาพ ความต้องการของประชาชนในการจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายทางสุขภาพที่ประสบเหตุอุทกภัย ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาสุขภาพภาวะอุทกภัยที่ผ่านมา คำตอบที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบเชิงบรรยาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง (Validity) ได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ 2 ด้าน คือ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการตรวจสอบจากค่าสถิติวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ ของ Cronbach (α Cronbach Coefficient) จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.83 ซึ่งจัดได้ว่ามีความเชื่อมั่นสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณให้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัยโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เสนอผลการวิเคราะห์เป็นรูปแบบตารางประกอบการบรรยายประกอบการนำเสนอแบบบรรยาย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการสำรวจพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาทางสุขภาพภาวะอุทกภัย

1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสำหรับการเผชิญเหตุอุทกภัยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.81 รองลงมาคือปานกลาง ร้อยละ 31.36 และระดับมาก ร้อยละ 10.83 มีระดับพฤติกรรมปฏิบัติตนในระยะเผชิญเหตุอุทกภัย ได้ปานกลาง ร้อยละ 36.61 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 34.71 และระดับต่ำ ร้อยละ 28.68 ประชาชนมีระดับพฤติกรรมฟื้นฟูสุขภาพกาย สุขภาพจิต บุณะสิ่งแวดลอมหลังเหตุอุทกภัยไม่แตกต่างกัน คือ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.58 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.38 และระดับต่ำ ร้อยละ 34.04 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับระดับปานกลาง ร้อยละ 36.27 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 33.37 และระดับสูง ร้อยละ 30.36 ซึ่งไม่แตกต่างเท่าใดนัก

1.2 ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพภาวะอุทกภัย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อจัดการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหา

สุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อจัดการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในภาวะอุทกภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในภาวะอุทกภัยที่ระดับนัยสำคัญ .05 และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ บุคลากร ข้อมูลข่าวสาร สำหรับประชาชนเพื่อจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายทางสุขภาพในภาวะอุทกภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในภาวะอุทกภัยที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในภาวะอุทกภัย

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในภาวะอุทกภัย

ตัวแปรทำนาย	R	R ² %	R ² Change %	F
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพภาวะอุทกภัย	0.56	31.20	-	433.29*
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อจัดการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ	0.62	38.80	7.80	304.68*
การรับรู้ความสามารถในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อจัดการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ	0.64	41.00	2.30	223.04*
แรงสนับสนุนองค์กรในชุมชนเจ้าหน้าที่การสนับสนุนทางด้าน	0.65	41.40	0.40	170.22*

เครื่องมือ บุคลากร				
ข้อมูลข่าวสาร สำหรับ				
ประชาชน				

* $p < .05$

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพหุคูณ เพื่อหาตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพภาวะอุทกภัยพบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในภาวะอุทกภัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 สภาพาสภาพ ความต้องการของประชาชน ปัจจัยความสำเร็จในการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในภาวะอุทกภัย พบว่า สภาพาสภาพ และโรคที่เกิดขึ้นในชุมชนภาวะอุทกภัยในพื้นที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทุกปีในช่วงปลายฤดูฝน และในทุกครั้งที่เกิดเหตุจะมีประชาชนได้รับผลกระทบทางสุขภาพกาย สุขภาพจิตสูง พฤติกรรมของประชาชนในการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในภาวะอุทกภัย ที่ผ่านมามีไม่ได้มีการเตรียมตัวรับมืออย่างเป็นระบบ การวางแผนตลอดจนปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเพราะขาดสติและตื่นตระหนกต่อเหตุการณ์ ความต้องการของผู้นำชุมชนในพื้นที่ประสบอุทกภัยคือ ปัจจัยต่างๆที่ช่วยในการดำรงชีพให้ถูกสุขภาวะ ในระยะอุทกภัยต่างๆและรักษาโรคที่เพียงพอ มีบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆเข้าร่วมช่วยดำเนินการในระยะอุทกภัย ส่วนประสบการณ์และแนวทางการแก้ไขปัญหา คือ การมีผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เพียงพอและเข้มแข็ง รวมทั้งมีความรู้ ทักษะเพียงพอที่จะดำเนินการด้านสุขภาพในภาวะอุทกภัย การประสานงานด้านข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานภาครัฐได้ดำเนินการแจ้งแก่ประชาชนพื้นที่โดยรวดเร็วมีการเตรียมปัจจัยด้านอาหาร ยาโรคภัย อุบัติเหตุที่จำเป็นของประชาชนในครัวเรือน การถนอมอาหารไว้ในภาวะอุทกภัยและเตรียมบ้านเรือน ยานพาหนะให้เหมาะสมสำหรับภาวะอุทกภัย

2. รูปแบบการจัดการสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพภาวะอุทกภัยในชุมชนประกอบด้วย 3 รูปแบบย่อยตามระยะของการเกิดอุทกภัยดังนี้

รูปแบบย่อยที่ 1 การเตรียมก่อนเกิดอุทกภัย คือ ขั้นตอนการเตรียมตัวรับมือกับอุทกภัยได้แก่การประเมินสภาพความเป็นจริงของชุมชน การเตรียมบุคลากรเพื่อเป็นแกนนำในการดำเนินงาน การรวบรวมข้อมูลด้านชุมชนด้านประชากร และด้านสิ่งแวดล้อม และ ดำเนินกิจกรรมการเตรียมการรับมือกับอุทกภัย

รูปแบบย่อยที่ 2 ระยะเกิดอุทกภัย คือ ขั้นตอนการประเมินความพร้อมที่เตรียมไว้ในระยะเตรียมรับมือการดำเนินการตามแผนและการใช้ปัจจัยที่จำเป็นอย่างเหมาะสม การเฝ้าระวังอันตราย และเผยแพร่ข้อมูลที่จำเป็นแก่ประชาชน

รูปแบบย่อยที่ 3 ระยะภายหลังอุทกภัย คือ ขั้นตอนการประเมินผลจากการเกิดอุทกภัย การดำเนินการคัดกรองปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ การส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การร่วมฟื้นฟูบูรณะสาธารณูปโภค บ้านเรือน สิ่งแวดล้อม และสรุปการดำเนินงานทั้งหมด

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยการพัฒนาแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบซึ่งเป็นประเด็นสำคัญโดยมีรายละเอียดดังนี้ ภาวะอุทกภัยในชุมชนเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยโดยรัฐบาลได้กำหนดเป็นวาระสำคัญแห่งชาติ คือ นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ พ.ศ. 2558 ถึง 2564 นโยบายที่ 13 การพัฒนาระบบการเตรียมพร้อมแห่งชาติเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของชาติ โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบการเตรียมพร้อมแห่งชาติ ให้ประสานสอดคล้องระหว่างแผนระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน เพื่อรองรับการเผชิญภัยคุกคามทั้งด้านสาธารณภัย ภัยพิบัติขนาดใหญ่ และโรคอุบัติใหม่ รวมถึงการบรรเทา ฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ จัดให้มีระบบสั่งการที่มีเอกภาพ สามารถบูรณาการและผนึกกำลังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการภัยในเชิงรุก ทั้งการแจ้งเตือนภัย การป้องกันภัย การระงับภัย การบรรเทาภัยและการฟื้นฟูผลที่เกิดขึ้น ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการ

เตรียมพร้อมเผชิญภัยพิบัติ การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภัยในเชิงรุก ทั้งในระดับท้องถิ่น และในระดับชาติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัย คือ รูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัยจะเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์การภายในชุมชน โดยอาศัยผู้นำชุมชนเป็นแกนนำสำคัญในการบริหารจัดการ โดยหน้าที่ของแต่ละบุคคลจะแบ่งตามลักษณะของระยะอุทกภัยทั้ง 3 ระยะ เพื่อที่จะสามารถจัดการสุขภาพและป้องกันอันตรายต่างๆ ในภาวะอุทกภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ กระทรวงสาธารณสุข ในการจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายทางสุขภาพโดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรในชุมชน เพื่อจัดการกับภัยพิบัติทางธรรมชาติตามบริบทที่แตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนา ในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย ซึ่งเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่มีโอกาสและเกิดขึ้นได้บ่อยในประเทศไทย การนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านการศึกษาซึ่งในอนาคตเรื่องการจัดการภัยพิบัติจะมีการถูกรับรู้ในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาความรู้ด้านต่างๆแก่เยาวชน

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ ผลผลิตจากงานวิจัยครั้งนี้ คือ รูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย ซึ่งมีรายละเอียด ขั้นตอนกระบวนการ ผู้รับผิดชอบ ซึ่งประชาชนในพื้นที่เสี่ยงภัยสามารถนำรูปแบบฯไปใช้ได้โดยสามารถบริหารจัดการโดยผู้นำชุมชน บุคลากรในท้องถิ่น

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ได้เสนอรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายทางสุขภาพในชุมชนที่ประสบภาวะอุทกภัย และผ่านการตรวจสอบ ความถูกต้องเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการพัฒนางานวิจัยต่อไปควรนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆและทดสอบรูปแบบจากสถานการณ์จริงว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2560 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณยิ่ง ขอขอบพระคุณผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ ชาวบ้านในจังหวัดจันทบุรี พระนครศรีอยุธยา จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสระบุรี ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNEP. Early Warning Systems: A State of the Art Analysis and Future Directions. Division of Early Warning and Assessment (DEWA), United Nations Environment Programme (UNEP), Nairobi. 2012.
1. กระทรวงสาธารณสุข. สานหตุการเสียชีวิตจากอุทกภัยในประเทศไทย ช่วงสองสัปดาห์ล่าสุด (ระหว่างวันที่ 8-21 กันยายน 2554) แยกรายจังหวัด. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2557. จาก www.boe.moph.go.th/files/urgent/flooddeathpast2weekT3.pdf. 2555.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะอุทกภัย, วาดภัย ด้านสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี. 2555.

องค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน
ให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน

The Quality Components of Integrative Buddhist Medicine Services Operation Management that
Affect to Operating Results of Public Hospitals in Northeast Region

พิไลลักษณ์ พิพิธกุล¹ สุภาพร ใจการุณ² เผ่าไทย วงศ์เหลา³

Pilailuck Pipitkul¹ Supaporn Chaigarun² Paothai Wonglao³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะของโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานที่จัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม องค์ประกอบคุณภาพ และผลการดำเนินงานการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสาน การแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของโรงพยาบาล องค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน 3) ค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่ใช้ทำนายการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรของโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน จำนวน 200 คน โดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามองค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.982 แบบสอบถามระดับความสำเร็จของการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.980 รวมฉบับเท่ากับ 0.988 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-square และการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1. ลักษณะของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีเตียงนอนค้างคืน ระยะเวลาดำเนินการให้บริการแพทย์วิถีธรรม 1 – 2 ปี จำนวนบุคลากรรับผิดชอบงานแพทย์วิถีธรรม 1 – 5 คน 2. ผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.51) 3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม ในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน 6 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.38) 4. ลักษณะของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 5. องค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .872 6. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่ใช้ทำนายการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานมี 3 ตัวแปรคือ การมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ การนำองค์กร และการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามลำดับ ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีชุดนี้ร่วมกันสามารถพยากรณ์การดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมได้ร้อยละ 76.00 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .376

คำสำคัญ: องค์ประกอบคุณภาพ, การบริหารจัดการบริการสุขภาพ, การแพทย์วิถีธรรม

ABSTRACT

The objectives of research were to study 1) The hospital profile, quality components and operating results of integrative Buddhist medicine services operation management of public hospitals in northeast region. 2) The hospital profile and quality components which were related to the operating results of integrative Buddhist medicine services operation management of public hospitals in northeast region. 3) The best predictor variables for predicting of operating results of integrative Buddhist medicine services operation management. The research instrument was questionnaires, the confidence value of

¹ นักศึกษาลัทธิธรรมศาสตร์ สาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสร้างสรรค์สุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ,

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

overall of their parts equivalent to .988 . The sample consisted 200 service providers of public hospitals In northeast region. Data were collected by cluster sampling approach by questionnaires The statistics used in data analysis were percentage, average, standard deviation, Chi-square and multiple regression analysis

The research findings were as follows: 1. Majority of the profiles of public hospital in northeast region-were district health promoting hospitals, no inpatient - beds hospitals, opening for integrative Buddhist Medicine services 1-2 years, Buddhist medicinal providers 1-5 persons. 2. The overall of quality components of integrative Buddhist medicine services operation management were at middle level. ($\bar{X}$ =3.51) 3. The overall success levels of integrative Buddhist medicine services operation management of public hospitals in northeast region were at high level. ($\bar{X}$ =3.38) 4. The profiles of public hospital in northeast region were related to operating result of integrated Buddhist medicinal services operation management at significant level .05 5. The quality components of integrative Buddhist medicine services operation management were related to operating results, the value of multiple regression correlation coefficient was equivalent to 0.872 6. The best forecast variables that locate the predictors that affect to integrative Buddhist medicine services operation management of public hospitals in northeast region were three factors there were Operations focus, Leadership, and customersatisfied management and customer relationship management, respectively. These factors were thus likely to altogether provide the variance of operation services of integrated health management services of Buddhist Medicine by 76.00 percent of accuracy with a standard error of 0.376

Keyword: Quality Components, Services Operation Management, Buddhist Medicine

บทนำ

การสำรวจสุขภาพประชาชนในปี พ.ศ. 2557 พบคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 1 ใน 3 ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ คือ เบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.90 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.90 ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.70 รวมถึงภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนพบมากถึงร้อยละ 30.70 และ 7.50 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ร้อยละ 17.60 ของประชากร คือ ประมาณ 8,000,000 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 200,000 คน ซึ่งสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ คนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นี้อะบบทางเดินปัสสาวะ และการได้รับสารหรือยาที่ทำลายไต โดยอัตราการป่วยจากโรคเรื้อรังที่สำคัญปัจจุบันของประเทศ ไทยพบว่าเพิ่มขึ้นทุกปี และที่สำคัญโรคเหล่านี้มีผลทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตหรือพิการเพิ่มมากขึ้นด้วย ข้อมูลสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ 2556 สูงถึง 6.6 แสนล้านบาท⁽¹⁾

จากข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นข้างต้น ส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงสถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพที่ มีหนี้สินและขาดสภาพคล่องทางการเงินซึ่งเป็นภาระ

ค่าใช้จ่ายอย่างมาก⁽²⁾ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ภาครัฐจึงร่วมกันหาทางป้องกันและแก้ไขปัญหาในระดับ นโยบาย ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (ปี พ.ศ. 2545-2549) ฉบับที่ 10 (ปี พ.ศ. 2550-2554) และฉบับที่ 11 (ปี พ.ศ.2555-2559) มีกระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาให้ คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการน้อมนำ “เศรษฐกิจพอเพียง” จากพระราชดำริขององค์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 มาเป็นแนวทางในการ พัฒนา ซึ่งได้ระบุวิสัยทัศน์มุ่งเน้นสู่ระบบสุขภาพพอเพียง อันหมายถึง กระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนไปสู่ การมีสุขภาพทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญา โดยมี ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน เข้มแข็งเพียงพอ และเข้าถึงได้สะดวก จึงจะสามารถตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของประชาชนบนต้นทุนที่ เหมาะสม มุ่งให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคี เครือข่ายมีศักยภาพ ในการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจาก พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการใช้อนุปัญญาไทยและมีส่วนร่วม จัดการปัญหาสุขภาพตนเองและสังคมได้ ระบบ สุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ การพึ่งตนเองบนพื้นฐาน ภูมิปัญญาไทย ความปลอดภัย คุณภาพเป็นที่ยอมรับ

พัฒนาระบบการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ด้าน
การแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน⁽²⁾

มูลนิธิแพथิวิธิธรรมแห่งประเทศไทยเป็นองค์กร
หนึ่งภาคประชาชนที่ไม่หวังผลกำไร ได้ดำเนินกิจกรรมให้
ความรู้ด้านสุขภาพการแพทย์วิถีธรรมซึ่งเป็นการแพทย์
ทางเลือก (Alternative Medicine) โดยใช้หลักการดูแล
สุขภาพแบบองค์รวมร่วมกับผสมผสานการแพทย์แผน
ปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยแผนพื้นบ้าน และการแพทย์
แผนทางเลือก หลัก 8 อ. เพื่อสุขภาพที่ดีของสถาบันบุญ
นิยม บูรณาการด้วยธรรมะ และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
เพื่อประยุกต์ให้เข้ากับวิถีชีวิตและมีความยั่งยืน โดยมุ่งเน้น
ให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วยการ
ใช้สมุนไพรและการรับประทานอาหารเป็นยา⁽³⁾ ซึ่งมีการ
จัดอบรมค่ายสุขภาพในการดูแลตัวเองทั้งเพื่อการป้องกัน
สร้างเสริม และแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ประชาชนและ
ผู้สนใจ

จากผลการศึกษาของใจเพชร กล้าจน เรื่อง “ความ
เจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลัก
แพทย์ทางเลือกวิถีพุทธของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตาม
แนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ อำเภอคอนสาร
จังหวัดมุกดาหาร” พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1,397 คน หลังจากที่ใช้
เทคนิคสุขภาพพึ่งตนแนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลัก
แพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ภายใน 5 วัน อาการเจ็บป่วยลด
น้อยลง 1,291 คน ร้อยละ 92.41 โดยมีผู้ป่วยเบาหวาน 117
คน ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 88.03 หลังจาก 6
เดือน สามารถหยุดยาได้ 30 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
158 คน หลังจาก 5 วัน ความดันโลหิตลดลงร้อยละ 83.54
และหลังจาก 6 เดือน สามารถหยุดยาได้ 29 คน ผู้ป่วย
ไขมันในเลือดสูง 78 คน หลังจาก 1 เดือน ระดับไขมันไตร
กลีเซอไรด์และคอเลสเตอรอลในเลือดลดลงร้อยละ 73.08
ผู้ป่วยมะเร็ง 111 คน หลังจาก 5 วัน อาการทุเลาลงร้อยละ
85.59 หลังจาก 6 เดือนขึ้นไป มีผลตรวจร่างกายจากแพทย์
แผนปัจจุบันไม่พบมะเร็งร้อยละ 22.52 อาการลดน้อยลง
หรือยืดอายุได้มากกว่าการคาดการณ์ของแพทย์แผน
ปัจจุบันร้อยละ 63.07 อาการไม่ทุเลาลงร้อยละ 14.41 ผู้ป่วย
โรคหัวใจ 12 คน หลังจาก 5 วัน อาการทุเลาลงร้อยละ
75.00⁽⁴⁾

จากการศึกษาข้างต้นมีผลต่อกระแสสังคมเนื่องจาก
แสดงถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความคุ้มค่า และ
น่าเชื่อถือ จึงได้รับการรับรองจากสำนักงานแพทย์
ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผน
ไทย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555⁽⁵⁾ มีชื่อหลักสูตรว่า
“การแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม เพื่อการพึ่งตนตามแนว
เศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งมีชื่อเรียกทั่วไปว่า “การแพทย์วิถี
ธรรม” โดยเปิดอบรมความรู้การดูแลสุขภาพพึ่งตนแบบ
พักค้างแรมบุคคลและหมู่คณะผู้สนใจทั่วไปอย่าง
ต่อเนื่องที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ฯ จังหวัดมุกดาหาร โดย
มีการอบรมเฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 5 ถึง 7 วัน ผู้เข้า
รับการอบรมเฉลี่ยครั้งละ 200-500 คน โดยไม่มีค่าใช้จ่าย
ในการเข้าอบรม นอกจากนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2558
บุคลากรสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐเขตภาคอีสานมี
ความสนใจที่จะแสวงหาความรู้ด้านการแพทย์วิถีธรรม
มากกว่าภาคอื่น ๆ รวมถึงผู้บริหารงานสาธารณสุขเขตภาค
อีสานหลายจังหวัดได้วางแผนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม
เพิ่มเติมอีกด้วย

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าบุคลากรจาก
โรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานที่ผ่านการอบรมหลักสูตร
“แพทย์ทางเลือกวิถีธรรม เพื่อการพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจ
พอเพียง” มีวิธีการนำความรู้จากการอบรมไปบูรณาการ
หรือผสมผสานกับการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ซึ่งมี
แบบแผนการรักษาตามการแพทย์แผนปัจจุบันหรือ
การแพทย์กระแสหลัก (Conventional Medicine) ให้เกิด
ประสิทธิภาพอย่างไร รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของโรงพยาบาล องค์ประกอบ
คุณภาพการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถี
ธรรม และผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบ
ผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาค
อีสาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของ
โรงพยาบาล องค์ประกอบคุณภาพของการบริหาร การ
จัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม และ

ผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน
การแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน

3. ค้นหาตัวแปรพากรณ์ที่ดีที่ใช้ทำนายการ
ดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์
วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ลักษณะของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับ
ผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน
การแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน

2. องค์ประกอบด้านคุณภาพของการบริหารการ
จัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมส่งผล
ต่อการดำเนินงานให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเขตภาค
อีสาน

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational
Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรของโรงพยาบาลรัฐเขต
ภาคอีสานซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์ทางเลือก
วิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ณ ศูนย์
เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่า
บุญ 1 อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร คำนวณขนาดของ
กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan⁽⁶⁾
จำนวน 200 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม
(Cluster Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม
ซึ่งใช้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558⁽⁷⁾
ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ตำแหน่ง
งานปัจจุบัน ประสบการณ์ทำงานสาธารณสุข และ
ประสบการณ์การอบรมแพทย์วิถีธรรมหลักสูตร 5-7 วัน
ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบ
ปลายเปิด ตามลำดับ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามลักษณะทั่วไปของ
โรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานที่จัดบริการสุขภาพแบบ
ผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม ประกอบด้วย ประเภทของ
โรงพยาบาล จำนวนเตียงผู้ป่วยใน และบุคลากรผู้ให้บริการ
การแพทย์วิถีธรรม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ
เลือกตอบ

ตอนที่ 3 องค์ประกอบคุณภาพการบริหาร
การจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์
วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน ประกอบด้วย
การนำองค์กร จำนวน 6 ข้อ การวางแผนเชิงกลยุทธ์
จำนวน 8 ข้อ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ จำนวน 6
ข้อ การวัดการวิเคราะห์การจัดการความรู้ จำนวน 11 ข้อ
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล จำนวน 8 ข้อ และการมุ่งเน้น
การปฏิบัติงาน จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 4 คำถามที่เกี่ยวกับผลการดำเนินงานการ
จัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมใน
โรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้าน
ประสิทธิผลและการบรรลุพันธกิจ จำนวน 3 ข้อ ด้านการ
ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 4 ข้อ ด้าน
การมุ่งเน้นบุคลากร จำนวน 3 ข้อ ด้านการนำองค์กรและ
กำกับดูแล จำนวน 5 ข้อ ด้านการเติบโต จำนวน 3 ข้อ และ
ด้านประสิทธิผลของกระบวนการห่วงโซ่อุปทาน จำนวน
4 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามของตอนที่ 3 และตอนที่
4 เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ เรียงจากมากไปน้อย คือ
เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย
น้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผล ระดับการดำเนินการ
คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน = ระดับมากที่สุด คะแนน
เฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน = ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-
3.40 คะแนน = ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60
คะแนน = ระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน
= ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความ
ตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน หาค่าความเที่ยง ตอนที่
3 มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.337-0.826 ส่วนที่ 4 มีค่า

อำนาจจำแนกระหว่าง 0.684-0.915 ข้อที่มีอำนาจจำแนกใช้ได้ ต้องมีค่าเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ซึ่งทุกข้อมีอำนาจจำแนกใช้ได้ นำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) แบบความคงที่ภายใน (Internal Consistency) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient)⁽⁶⁾ ส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.982 ส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.980 ค่ารวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.988

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) หาค่าความสัมพันธ์โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test) และค้นหาตัวแปรพยากรณ์การดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิธี Enter และวิธี Stepwise ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับวิเคราะห์สถิติ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลประชากร พบว่า นุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 35.00 ต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 70 ปี ($\bar{X} = 43.01$) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.00 ตำแหน่งงานปัจจุบันคือ พยาบาล ร้อยละ 34.00 รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 24.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 26.50 ต่ำสุด 3,500 บาท สูงสุด 100,000 บาท ($\bar{X} = 25,351.05$) ประสบการณ์ทำงานสาธารณสุขน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.50 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 39 ปี ($\bar{X}=17.52$) และประสบการณ์การอบรมแพทย์วิถีธรรม (หลักสูตร 5-7 วัน) 1-2 ครั้ง ร้อยละ 87.50 ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 10 ครั้ง ($\bar{X}=1.34$)

2. ข้อมูลลักษณะโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานที่ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม พบว่า ประเภทของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นประเภทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 54.50 รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 31.50 จำนวนเตียงผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็น

ประเภทไม่มีเตียงนอนค้างคืน ร้อยละ 54.50 รองลงมาประเภท 31-120 เตียง ร้อยละ 16.50 ระยะเวลาเปิดให้บริการแพทย์วิถีธรรม 1 – 2 ปี ร้อยละ 30.00 ต่ำสุด .25 ปี สูงสุด = 8 ปี ($\bar{X} = 2.66$) บุคลากรรับผิดชอบงานแพทย์วิถีธรรม ส่วนใหญ่มีจำนวน 1 – 5 คน ร้อยละ 74.50 ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 20 คน ($\bar{X} = 4.99$)

3. ผลการศึกษาระดับการดำเนินงานตามองค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน คือ การนำองค์กร ($\bar{X}=3.62$) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ($\bar{X}=3.46$) การวางแผนยุทธศาสตร์ ($\bar{X}=3.39$) และระดับปานกลาง 3 ด้าน คือ การมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ ($\bar{X}=3.33$) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ($\bar{X}=3.26$) และการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ($\bar{X}=3.20$)

4. ระดับความสำเร็จของผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม ในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน 6 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.51$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คือ ประสิทธิภาพของกระบวนการห่วงโซ่อุปทาน ($\bar{X}=3.61$) การให้ความสำคัญกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ($\bar{X}=3.57$) ประสิทธิภาพและการบรรลุพันธกิจ ($\bar{X}=3.55$) การมุ่งเน้นบุคลากร ($\bar{X}=3.50$) การเติบโต ($\bar{X}=3.48$) มีเพียง 1 ด้าน คือ ด้านการนำองค์กรและกำกับดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.34$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของโรงพยาบาลกับการดำเนินงานให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานมีทั้งหมด 4 ตัวแปร พบว่า ประเภทของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จการดำเนินงานให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรเดียว ส่วนอีก 3 ตัวแปร คือ จำนวนเตียงผู้ป่วย ระยะเวลาดำเนินงานให้บริการแพทย์วิถีธรรม และบุคลากรรับผิดชอบงานแพทย์วิถีธรรมมีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จการดำเนินงาน

ให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. ผลการศึกษาองค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมส่งผลต่อผลการดำเนินงานให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ 6 ตัวแปรในกลุ่มองค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการการแพทย์ผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน ได้แก่ การนำองค์กร การวางแผนยุทธศาสตร์ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ มีความสัมพันธ์กันเท่ากับ .874 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดรวมกันอธิบายความแปรปรวนของดำเนินการของการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมได้ร้อยละ 76.40 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .376 เมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่า การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการนำองค์กร ส่งผลต่อการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ตัวแปรพยากรณ์ที่มีผลต่อการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม ในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานมี 3 ตัวแปรคือ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ การนำองค์กร และการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามลำดับ ตัวแปรพยากรณ์ที่คิดค้นนี้ร่วมกันสามารถพยากรณ์การดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม ได้ร้อยละ 76.00 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .376

อภิปรายผลการวิจัย

จากสรุปผลการศึกษา องค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมที่ส่งผลต่อการดำเนินงานให้บริการใน

โรงพยาบาลของรัฐเขตภาคอีสาน มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. จากสมมติฐานข้อที่ 1 ลักษณะของโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนบุคลากรรับผิดชอบงานแพทย์วิถีธรรม จำนวนเตียงผู้ป่วยใน ประเภทของโรงพยาบาล ระยะเวลาดำเนินงานบริการแพทย์วิถีธรรม มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานทุกตัวแปรสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา จารุวรรณชัย⁽⁸⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องการพัฒนาองค์กรแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยอย่างยั่งยืน ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใช้บริการแพทย์ทางเลือก 600 คน และองค์กรแพทย์ทางเลือก 440 แห่ง ลักษณะขององค์กรแพทย์ทางเลือกมีค่าน้ำหนักเรียงตามความสำคัญจากมากไปหาน้อยได้แก่ 1) จำนวนผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก 2) จำนวนเตียง 3) อายุงานของผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก 4) ระยะเวลาในการดำเนินงานขององค์กร โดยมีน้ำหนักย่อยเรียงจากมากไปหาน้อยเท่ากับ 0.850, 0.581, 0.439 และ 0.405 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือกมีค่าน้ำหนักมากที่สุด รองลงมาคือจำนวนเตียง และค่าน้ำหนักของอายุงานของผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก และ ระยะเวลาในการดำเนินงานขององค์กร มีค่าน้ำหนักเท่า ๆ กัน ซึ่งสามารถอภิปรายแต่ละตัวแปรได้ดังนี้

1.1 จำนวนบุคลากรรับผิดชอบงานแพทย์วิถีธรรม มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม อธิบายได้ว่าจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลที่ต้องการจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมต้องมีทีมงานที่มีความรู้ด้านการแพทย์วิถีธรรมไว้รองรับ เพื่อทำงานเสริมหรือผสมผสานเข้ากับงานประจำที่มีเป็นปกติอยู่แล้ว เช่นการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้สุขศึกษาของหน่วยปฐมภูมิ พบว่าจำนวนบุคลากรผู้ให้บริการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลดังกล่าวมีจำนวนอยู่ระหว่าง 1- 5 คน คิดเป็นร้อยละ 75 อธิบายได้ว่า เนื่องด้วยกิจกรรมบริการด้านการแพทย์วิถีธรรมเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาเพิ่มเติมจากงานประจำ เพราะเป็นการดูแลแบบ

องค์กรร่วมและเป็นการดูแลรักษาที่ต้นเหตุของอาการ จึงต้องใช้เวลาในการพูดคุย ซักถาม แนะนำ เกี่ยวกับต้นเหตุของการเกิดโรค อาการที่เป็นอยู่ และแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการหายจากอาการไม่สบายที่เป็นอยู่ ย่อมใช้เวลาในการเข้าถึงผู้รับบริการนานกว่าการปฏิบัติงานประจำ นั่นหมายถึงปริมาณงานที่ต้องใช้เวลามากขึ้น ควรต้องมีจำนวนคนให้บริการมากตามไปด้วย ความสำเร็จหรือประสิทธิภาพของการทำงานจึงขึ้นอยู่กับปริมาณของผู้ให้บริการ อีกประการหนึ่ง กิจกรรมของการแพทย์วิถีธรรมมุ่งให้ความรู้ประชาชนโดยการจัดกิจกรรมสาธิต และฝึกปฏิบัติจำเป็นต้องใช้บุคลากรในการสาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นคณะ การที่มีจำนวนผู้ให้บริการมากพอเหมาะกับกิจกรรมจึงเป็นหนึ่งในความสำเร็จในการดำเนินงานให้บริการสุขภาพ ฉะนั้นจำนวนผู้ให้บริการย่อมแปรผันตามปริมาณงาน

1.2 จำนวนเตียงผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม อยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.005$) ในการวิจัยครั้งนี้ ตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่มีเตียงนอนค้างคืน ร้อยละ 54.50 โรงพยาบาลขนาด 1-30 เตียง ร้อยละ 14.00 ส่วนโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 300 เตียง มีตัวอย่างเพียงร้อยละ 9.00 อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีเตียงนอนค้างคืน และโรงพยาบาลขนาดเล็กส่งผลต่อการดำเนินงานมาก การสั่งการ การปรับเปลี่ยนแผนงานทำได้สะดวกกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพราะโครงสร้างสายการบังคับบัญชา มีขั้นตอนน้อย จึงสามารถลดขั้นตอนการปฏิบัติงานทำให้การบริหารจัดการมีความคล่องตัวมากขึ้น การขับเคลื่อนเป็นไปได้ง่ายกว่า⁽⁹⁾ การแพทย์วิถีธรรมเป็นการแพทย์ที่สามารถทำได้ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันซึ่งโรงพยาบาลที่ไม่มีเตียง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันร้อยละ 75.00 ให้บริการรักษาพยาบาลร้อยละ 25.00⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปทิตตา จารุวรรณชัย⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาองค์กรแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยอย่างยั่งยืน ซึ่งพบว่าส่วนมากองค์กรแพทย์ทางเลือกมีจำนวนเตียงให้บริการน้อยกว่า

10 เตียง และส่วนมากเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในขณะที่เดียวกันงานการแพทย์วิถีธรรมมุ่งเน้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กิจกรรมงานการแพทย์วิถีธรรมส่วนใหญ่จึงเป็นเรื่องการสาธิต การบรรยายการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมนี้อาจทำมากในโรงพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยกลางคืน คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั่นเอง จึงส่งผลให้โรงพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยค้างคืนมีระดับความสำเร็จของการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมมากกว่าโรงพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยค้างคืน

1.3 ประเภทของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.015$) ในการวิจัยครั้งนี้ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 54.50 และ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 31.50 รวมเป็นร้อยละ 86.00 ของตัวอย่างทั้งหมด อีก ร้อยละ 14.00 สังกัดโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง เทียบเคียงได้กับผลการศึกษาของ ปทิตตา จารุวรรณชัย⁽⁸⁾ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการให้บริการการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด ร้อยละ 82.50 เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 12.70 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 3.00 และ ประเภทของโรงพยาบาลที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ราม รั้งสินธุ์ และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ทำการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555 พบว่าประเภทของโรงพยาบาล พื้นที่การให้บริการ อายุ และเพศ มีความสัมพันธ์กับอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 และมีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง และเมื่อพิจารณาด้านการดูแลผู้ป่วย เมื่อแบ่งตามประเภทของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน พบว่า มีระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกต่างกันใน 3 ประเภท

โรงพยาบาล เช่นเดียวกับด้านการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถควบคุมได้ดีกว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่าประเภทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสามารถควบคุมผลการรักษาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเกี่ยวเนื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีกว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ความสำเร็จการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมชาติซึ่งเป็นงานที่ต้องเข้าถึงผู้รับบริการ และมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ประยุกต์การให้บริการอย่างสอดคล้องกับบุคคลและวัฒนธรรมของชุมชน การส่งผ่านความรู้การดูแลสุขภาพสู่ประชาชนโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน มีโอกาสสร้างงานร่วมกับภาคประชาชนได้ค่อนข้างดีมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่

1.4 ระยะเวลาดำเนินงานบริการแพทย์วิถีธรรมชาติ มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมชาติ อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.005$) ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โรงพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์วิถีธรรมชาติส่วนใหญ่มีระยะเวลาดำเนินการมากกว่า 1 ปี - 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา มากกว่า 2 ปี - 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.50 มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จอยู่ในระดับมากและปานกลางตามลำดับอธิบายได้ว่า การดำเนินงานให้บริการแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมชาติมาช่วงระยะหนึ่งเพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แล้วเกิดความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ลดยาได้ สบายกาย-ใจมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลตัวเองน้อยลง ส่งผลให้ผู้รับบริการใหม่รู้จักการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม และเลือกใช้บริการ มากขึ้น รวมทั้งจากการบอกต่อ จึงเป็นผลสืบเนื่องให้มีผู้มารับบริการมากขึ้น จะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมได้ประยุกต์ใช้การแพทย์วิถีธรรมในงานของตนเอง การแพทย์วิถีธรรมเป็นการแพทย์ทางเลือกหนึ่งที่ตอบสนองระบบสุขภาพพอเพียงร่วมกับนโยบายสาธารณสุขที่เน้นแนวทางการพัฒนาตาม

วิสัยทัศน์มุ่งเน้นสู่ระบบสุขภาพพอเพียงตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) สอดคล้องกับผลการตรวจราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปี 2559 พบว่าประชาชนมีแนวโน้มในการเข้าถึงการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 16.59 พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 17.51 และ พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 17.15 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายตามแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ปี 2559 คือมีเป้าหมายให้ ร้อยละ 18 ของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการทุกระดับ จัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน⁽¹²⁾

2. จากสมมติฐานข้อที่ 2 องค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน คือ การนำองค์กร การวางแผนยุทธศาสตร์ การให้ความสำคัญกับผู้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัดการวิเคราะห์ การจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการส่งผลต่อการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อระดับความสำเร็จผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ การนำองค์กร และการให้ความสำคัญกับผู้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่วนการวางแผนยุทธศาสตร์ การวัด การวิเคราะห์ การจัดการความรู้ และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ไม่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานในบางตัวแปร สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 การมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการส่งผลต่อระดับความสำเร็จผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม อธิบายได้ว่าบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม เพื่อการพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ได้รับหลักการและแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และจากการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นต่อองค์ประกอบด้านการมุ่งเน้นการปฏิบัติการ ที่อยู่ในระดับมากคือ การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามหลักการแพทย์วิถีธรรม เพื่อการปรับสมดุลสุขภาพแก่ผู้รับบริการและผู้สนใจอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน มีการแนะนำให้ใช้สมุนไพรและทรัพยากรที่หาได้ง่ายมีอยู่ในท้องถิ่น ประหยัดค่าใช้จ่าย ปลอดภัย และให้ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนทิพา ทรงพานิช⁽⁹⁾ เรื่องการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานในโรงพยาบาลของรัฐ : ทิศทางที่ควรจะเป็น พบว่า ที่มาของการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานเกิดจากความสนใจของผู้บริหาร และทีมงานที่ต้องการสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ทำให้ผู้รับบริการพึ่งพาตนเองได้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของปัทมา จารูวรรณชัย⁽⁸⁾ องค์ประกอบด้านคุณภาพขององค์กรแพทย์ทางเลือกมี 6 องค์ประกอบได้แก่ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติงาน การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ การวางแผน ยุทธศาสตร์ และการนำองค์กร องค์ประกอบที่มีความสำคัญค่าน้ำหนักมากที่สุดคือการมุ่งเน้นระบบปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับระดับความสำเร็จด้านประสิทธิผลและการบรรลุภารกิจของการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมของการศึกษาครั้งนี้ คือ มีระดับความสำเร็จอยู่ในระดับมากทุกรายข้อดังนี้ 1) ผู้รับบริการสุขภาพผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมมีความพึงพอใจในการดูแลตนเองตามหลักการแพทย์วิถีธรรม 2) การให้บริการแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมแก่ผู้รับบริการเริ่มตั้งแต่ต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษาช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการสุขภาพกาย-

ใจมากขึ้น 3) การใช้ระบบบริการแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมทำให้ค่าใช้จ่ายบริการของผู้ป่วยลดลง

2.2 การนำองค์การส่งผลกระทบต่อระดับความสำเร็จผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม อธิบายได้ว่าผู้นำองค์กรหรือ ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจ ค่านิยมในการให้บริการการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาล มีการปรับกระบวนการทัศน์เพื่อสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรของโรงพยาบาลในเรื่องพันธกิจ การดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาล ให้ความสำคัญในเรื่องการนำองค์กรโดยผู้บริหารงาน การกำกับดูแล ความรับผิดชอบต่อสังคม การสนับสนุนให้บุคลากรทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน เพื่อการลดปัญหาความเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการซ่อมสุขภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลรายชื่ออยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ข้อที่ระดับความสำเร็จอยู่ในระดับมากมี 2 ข้อคือ 1) โรงพยาบาลมีการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการให้บริการและวิธีการปฏิบัติงานด้านการแพทย์วิถีธรรมอย่างต่อเนื่อง 2) การให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม ทำให้ผู้รับบริการมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากขึ้น คล้ายคลึงกับการศึกษาของ บุญใจ ลืมคิด⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการจัดบริการของรัฐด้านการแพทย์ทางเลือก กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริการด้านการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย ภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในการปรับกระบวนการทัศน์สำหรับการดูแลสุขภาพและใช้นโยบายการบริหารแบบไม่เป็นทางการ ส่วนปัจจัยรองที่ส่งผลสำเร็จ ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในการชักนำและพัฒนาการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่สถานบริการสุขภาพของรัฐ

2.3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่งผลกระทบต่อระดับความสำเร็จผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรม อธิบายได้ว่าผู้ให้บริการ ให้ความสำคัญกับ

สารสนเทศ การตอบสนอง และสำรวจความต้องการ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสร้างความผูกพัน และความสัมพันธ์ ผู้ให้บริการให้การบริการโดยถือ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นศูนย์กลาง มีการอธิบาย เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและญาติเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรับ บริการสุขภาพแบบปกติหรือแบบผสมผสานการแพทย์วิถี ธรรมชาติ โดยความเข้าใจและสมัครใจ ผู้ให้บริการมีความเชื่อมั่น มีความกระตือรือร้นในการ ให้บริการโดยครอบคลุมถึงการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ จูไรรัตน์ ชุตินันท์⁽¹⁴⁾ เรื่องการ เปรียบเทียบคุณภาพการบริการระหว่าง โรงพยาบาล ภาคเอกชนและโรงพยาบาลภาครัฐบาล ทำการศึกษาความ คาดหวังและบริการการรับรู้จริงของคนไข้ที่มาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลรัฐบาล สามารถตอบสนองต่อการคาดหวังของคนไข้ในทุกมิติ คุณภาพได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangible) มิติน่าเชื่อถือ (Reliability) มิติน การตอบสนองความต้องการของลูกค้า (Responsiveness) มิติน ความเชื่อมั่น (Assurance) มิตินความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) มิตินมารยาท (Courtesy) มิตินความเข้าใจลูกค้า (Understanding customer) และมิตินการสื่อสาร (Communication)

ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของการดำเนินงานให้บริการ สุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมชาติในโรงพยาบาล รัฐเขตภาคอีสาน ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ในการพยากรณ์การดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบ ผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมชาติ มี 3 ตัวแปรคือ การมุ่งเน้น ระบบการปฏิบัติการ การนำองค์การ การให้ความสำคัญกับ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามลำดับ ซึ่งตัวแปร พยากรณ์ที่ดีชุดนี้ร่วมกัน สามารถพยากรณ์ผลการ ดำเนินงานให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถี ธรรมชาติได้ร้อยละ 76.00 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน เท่ากับ .376

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้ระดับความสำเร็จผลการดำเนินงาน ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการแพทย์วิถีธรรมชาติใน

โรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานอยู่ในระดับมาก องค์ประกอบคุณภาพการบริหารที่สำคัญคือการมุ่งเน้น ระบบปฏิบัติการ การนำองค์การ และการให้ความสำคัญ กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดำเนินงานให้บริการเป็นอย่าง มาก ในการบริหารการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสาน การแพทย์วิถีธรรมชาติในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสานจึงควร ส่งเสริมในเรื่องเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง สิ่งที่จะพัฒนา ความสำเร็จของการแพทย์วิถีธรรมชาติอย่างยั่งยืนที่สำคัญคือ การปรับกระบวนการคิดให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาวะ การนำองค์การควรมุ่งเน้นการพัฒนา บุคลากรให้มีทักษะด้านสุขภาพพึ่งตนให้มากขึ้น โดยเริ่ม จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปรับวิถีสุขภาพตนเองให้ เป็นต้นแบบก่อน และควรต้องเพิ่มประสิทธิภาพเรื่องการ วัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้เพื่อให้เป็นที่ ยอมรับแนวทางธรรมชาติ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเป็นยา อาศัยความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของ ประชาชนในท้องถิ่น และให้สอดคล้องกับนโยบายของ รัฐบาล ดังตัวอย่างจากข้อมูลเชิงคุณภาพ มินวัตกรรมที่ เกิดขึ้นจากการให้บริการ 3 ลำดับแรก ที่ผู้ให้บริการให้ ความสำคัญคือ 1) การนำความรู้การแพทย์วิถีธรรมชาติ ให้บริการกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะโรคไตวายเรื้อรัง 2) นวัตกรรมสมุนไพร พืช ผัก ไร่ โรคเรื้อรัง 3) สวนสาธิตพืชผักสมุนไพรใน โรงพยาบาลเป็นแหล่งเรียนรู้และสนับสนุนพืชผัก สมุนไพรไปใช้ในการดูแลตนเองได้และแบ่งปันเมล็ดพันธุ์ สำหรับการขยายพันธุ์ และยังมีนวัตกรรมอื่น เช่น ชมรม แพทย์วิถีธรรมชาติในหมู่บ้าน/เครือข่ายในชุมชน มีแกนนำ สุขภาพแพทย์วิถีธรรมชาติประจำหมู่บ้าน เกิดการดูแลผู้ป่วย แบบครอบครัว มีการดูแลรักษาผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าผลจาก การนำองค์การด้านความรับผิดชอบต่อสังคมทำให้เกิดแนว ร่วมจากภาคประชาชนอื่นจะส่งผลตอบสนองต่อ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งมีหลักการสำคัญคือ มีคนเป็นจุดศูนย์กลาง ในการพัฒนา ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อให้เกิดบูรณาการการพัฒนาในทุกมิติอย่างสมดุลผสม มี ความพอประมาณ มีระบบภูมิคุ้มกัน และการบริหารจัดการ

ความเสี่ยงที่ดี นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาองค์ประกอบคุณภาพของการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการการแพทย์วิถีธรรมที่ส่งผลต่อการดำเนินงานให้บริการในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคอีสาน โดยมีได้ศึกษาถึงเรื่องการบริหารจัดการงบประมาณเนื่องด้วยการดำเนินกิจกรรมบริการผสมผสานงานแพทย์วิถีธรรมเป็นกิจกรรมที่สามารถใช้งบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับตามปกติมาดำเนินงานได้โดยไม่มีผลกระทบและอาจมีส่วนช่วยให้โรงพยาบาลประหยัดค่าใช้จ่ายลงได้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ศึกษาตัวอย่างจากโรงพยาบาล 16 แห่ง ศึกษาในภาพรวมของโรงพยาบาลซึ่งแต่ละแห่งมีบริบทที่ต่างกัน จากผลการวิจัยพบว่าการดำเนินงานมีระดับความสำเร็จอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.51$) แต่องค์ประกอบคุณภาพของการด้านการการวางแผน ยุทธศาสตร์ การวัด การวิเคราะห์ การจัดความรู้และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลไม่สัมพันธ์กับความสำเร็จของการดำเนินงาน เพื่อการบริหารจัดการที่ดีมากขึ้นสามารถทำได้ดังนี้

1. มีการวัด วิเคราะห์ ประเมินผลการดำเนินงาน การบริการสุขภาพแบบผสมผสานการการแพทย์วิถีธรรม
2. จัดทำดัชนีวัดคุณภาพและประเมินผลการบริการสุขภาพแบบผสมผสานการการการแพทย์วิถีธรรมระดับโรงพยาบาล
3. ส่งเสริมการศึกษายิจผลการบริการสุขภาพแบบการแพทย์ผสมผสานการการแพทย์วิถีธรรมในผู้รับบริการกลุ่มอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้การรักษาด้วยการแพทย์กระแสหลักกับผู้รักษาแบบผสมผสานการการแพทย์วิถีธรรม
2. ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานการการการแพทย์วิถีธรรมในโรงพยาบาลต้นแบบ (เชิงคุณภาพ)
3. ศึกษาการแพทย์แบบผสมผสานการการการแพทย์วิถีธรรมกับโรคเรื้อรังโดยศึกษาถึงปัจจัยดังนี้ กลุ่มอาการที่มา รับการรักษา มูลเหตุปัจจัยที่ตัดสินใจรับการรักษา ลักษณะของการรับบริการ กิจกรรมการรักษาที่ได้รับ ความคาดหวัง และความพอใจในการรับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อประเทศไทย 2557. (ออนไลน์) 2559 (อ้างถึงเมื่อ 10 เมษายน 2560). จาก <http://www.hfocus.org>
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 –2559). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2555.
3. ไชยเพชร กล้าจน. จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ. คุญภัณพนธ์ปรัชญาคุญภัณจิต มหาวิทยาลัย ราชภัฏสุรินทร์, 2558.
4. _____. ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียง ตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ อำเภอคอนสาร จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2553.
5. สำนักงานการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปผู้บริหาร, เห็นชอบอนุมัติหลักสูตรแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม เพื่อการพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง. บันทึกข้อความ สธ.0502.06/104, 2555.
6. ธีรวุฒิ เอกกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุบลราชธานี : วิทยาการพิมพ์, 2555.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการพลเรือน. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. วิชั่นพริ้นท์แอนด์มีเดีย. กรุงเทพฯ: 2557. ก.

8. ปัทมดา จารุวรรณชัย และกฤษ จรินโท. องค์ประกอบด้านคุณภาพขององค์กรแพทย์ทางเลือกที่มีผลต่อความสำเร็จในด้านความเป็นเลิศของ
องค์กรแพทย์ทางเลือก. วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2558.
9. มนทิพา ทรงพานิช. การจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานในสถานบริการสุขภาพในภาครัฐ. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552. ก.
10. นครชาติ เพื่อนปฐม. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2554.
11. ราม รั้งสินธุ์ และคณะ. โครงการการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555. (ออนไลน์) 2556 (อ้างถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2560). จาก
<http://www.tima.or.th/index.php/component/attachments/download/24>
12. ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. (ภาพนิ่ง) แผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ปี 2559 (ออนไลน์) 2558 (อ้าง
เมื่อ 1 มีนาคม 2560). จาก http://hpc.go.th/director/data/plan59/servicePlan_thaiMedicine.pdf
13. บุญใจ ล้อมศิลา. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการจัดการบริการของรัฐด้านการแพทย์ทางเลือก. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี,
2550.
14. จูไรรัตน์ ชุตินันท์. การศึกษาเปรียบเทียบการวัดคุณภาพการบริการระหว่างโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลภาครัฐบาล โดยการใช้
ประยุกต์ใช้ SERVQUAL MODEL. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554.
15. Elarabi, Hassan Mohamed and Fuadah, Johari. **The impact of human resources management on Health care quality.** (online) 2014
(cited 10 April 2017). Available from: [http://www.ajmse.leena-luna.co.jp/AJMSEPDFs/Vol.3\(1\)/AJMSE2014\(3.1-02\).pdf](http://www.ajmse.leena-luna.co.jp/AJMSEPDFs/Vol.3(1)/AJMSE2014(3.1-02).pdf)
16. พวงผกา มะเสนา และประณต นันทิยะกุล. การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียปีที่ 4 ฉบับที่ 1. ประจำเดือน มกราคม-เมษายน 2557, 92.

ทัศนคติที่มีต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่าย บุหรี่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2

Attitudes on the New Tobacco Products Control Act of Tobacco Retailers in Regional Health 2

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ^{1,2}, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์², ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน¹, อรวรรณ กิรติสิโรจน์¹, อาทิตยา วังวนสินธุ์¹

Chakkraphan Phetphum, Piyaat Nimpitakpong, Narongsak Noosorn, Orawan Keeratisiroj, Artittaya Wangwonsin

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายบุหรี่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 ที่มีต่อเนื้อหา ผลกระทบ และพฤติกรรมตอบสนองต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายบุหรี่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 จำนวน 959 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามชนิดตรวจสอบรายการและแบบมาตราประมาณค่า และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย 1) ทัศนคติที่มีต่อเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 49.1 เคยได้ยินข่าวการเสนอร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ โดยเนื้อหาหรือข้อบัญญัติที่ตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ห้ามขายบุหรี่ในวัด สถานศึกษา และสวนสาธารณะ บังคับใช้ของบุหรี่แบบเรียบ และแก้ไขนิยามคำว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดที่มีสารนิโคติน คิดเป็นร้อยละ 94.8, 88.5 และ 87.9 ตามลำดับ 2) ทัศนคติที่มีต่อผลกระทบที่จะเกิดจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 45.7 ยังไม่แน่ใจว่าจะมีผลกระทบหรือไม่ ร้อยละ 25.4 มั่นใจว่าจะไม่มีผลกระทบอย่างแน่นอน ร้อยละ 21.3 เชื่อว่าจะได้รับผลกระทบในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 7.6 เชื่อว่าจะได้รับผลกระทบในระดับมาก โดยผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้แก่ ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการขายบุหรี่มากขึ้น มีบทลงโทษที่รุนแรงขึ้น รายได้จากการขายบุหรี่ลดลง คนสูบบุหรี่ลดลง และมีความคิดที่จะเลิกขายบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 60.6, 38.6, 27.4, 17.1, และ 11.7 ตามลำดับ และ 3) ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมตอบสนองต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 52.7 จะตอบสนองด้วยการอยู่เฉยๆ ร้อยละ 29.7 จะตอบสนองด้วยร่วมลงชื่อสนับสนุน และร้อยละ 1.6 จะตอบสนองด้วยการลงชื่อคัดค้าน

คำสำคัญ: ทัศนคติ, ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายบุหรี่, พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

Abstract

The purposes of this survey research was to study the attitude of tobacco retailers in regional health 2 on the contents, impacts, and response to the new tobacco product act. This study gathers data through questionnaires to get the opinions of a sample of tobacco retailers in regional health 2. They were taken through a multi stage sampling to get 959 stores. Data were analyzed by using descriptive statistics.

The finding was composed; 1) attitude on the contents of the new tobacco product act found that 50.9 % of samples had heard about the purposed of the newness of the tobacco products control act and content or the provisions that samples agreed the first three is; ban tobacco sell in temples, schools and park (94.8%), enforcement to use the Tobacco Plain Packaging (88.5%), and modifying the definition of tobacco products to cover all types of tobacco products contain nicotine (87.9 %). 2) Attitude on the impacts of the new tobacco product act found that 45.7 % of samplings was not confident that there will be consequences or not, 25.4 % of samplings was confident that there will be no impact, 21.3% of samplings was confident that there will be affected in the small scale, and 7.6% of samplings were confident that there will be affected in the large scale. The impacts were expected to occur are; to be extra careful in selling cigarettes (60.6%), the penalties are more severe (38.6%), revenue from cigarette sales decline (27.4%), the number of smokers decreased (17.1%), and a plan to abandon the sale of cigarettes (11.7%). And 3) attitude in response to the new tobacco product act found that 52.7% of samples will have responded with passivity, 29.7% of samples will have responded with support, and 1.6% of samples will have responded with resistance and objections.

Keywords: attitude, tobacco retailers, tobacco products control act

¹ อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² นักวิจัย, หน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ

การใช้กระบวนการทางกฎหมายเพื่อปกป้องและคุ้มครองเยาวชนไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้โดยง่ายเป็นหนึ่งในภารกิจสำคัญระดับชาติ ซึ่งที่ผ่านมามีข้อเท็จจริงบ่งชี้ว่าประเทศไทยยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร สะท้อนจากผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) ในปี ค.ศ. 2015 ที่รายงานว่าเยาวชนไทยในกลุ่มอายุ 13-15 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 11.3 และในจำนวนนี้ร้อยละ 67.4 ซื้อมาหรือได้จากร้านค้าปลีกในชุมชน โดยมากกว่าร้อยละ 80.0 ระบุว่าไม่เคยถูกตรวจสอบอายุหรือบัตรประจำตัวประชาชนก่อนการจำหน่าย นอกจากนี้ ร้อยละ 30.9 ยังเคยพบเห็นการโฆษณาและการส่งเสริมการจำหน่ายบุหรี่ ณ จุดขาย และมากกว่าร้อยละ 20.0 เคยสวมใส่หรือใช้สิ่งของที่มีชื่อหรือตราสัญลักษณ์ของบริษัทยาสูบ⁽¹⁾

ความล้มเหลวของการจัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนไทยดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ⁽²⁾ คือ 1) เนื้อหาบางส่วนของพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ที่ใช้เป็นกฎหมายหลักในการควบคุมการบริโภคยาสูบของคนไทยมาช้านานกว่า 20 ปี นั้นไม่เท่าทันต่อกลยุทธ์ทางการตลาดใหม่ๆ ของบริษัทยาสูบและไม่เท่าทันต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่เปลี่ยนไป และ 2) กระบวนการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผ่านมายังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2559 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงมีความพยายามเสนอร่าง พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ขึ้น โดยมีการปรับปรุงแก้ไขบทบัญญัติที่สำคัญใน 3 ประเด็น คือ 1) การเพิ่มมาตรการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน ได้แก่ การห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และการห้ามแบ่งจำหน่ายบุหรี่เป็นมวน 2) การห้ามโฆษณาและสื่อสารทางการตลาดทางอ้อม เช่น การใช้สื่อบุคคล และการจัดกิจกรรมเพื่อสังคม และ 3) การเพิ่มมาตรการป้องกันการแทรกแซงนโยบายภาครัฐของ

อุตสาหกรรมยาสูบ โดยร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้มีเจตนารมณ์สูงสุดก็เพื่อปกป้องและคุ้มครองเยาวชนไทยไม่ให้กลายเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่และไม่ให้ได้รับผลกระทบจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งที่ผ่านมาหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เนื้อหาและความจำเป็นของร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวผ่านสื่อสารมวลชนหลายช่องทาง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ เว็บไซต์ เวทีประชาพิจารณ์⁽³⁾

ประเทศไทยมีร้านค้าปลีกที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบไว้กับกรมสรรพสามิต เมื่อปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน 570,000 ร้านค้ากระจายไปอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย⁽⁴⁾ และที่ผ่านมา สมาคมการค้ายาสูบไทยที่อ้างว่าเป็นตัวแทนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกได้ออกมาเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านและคัดค้านร่าง พ.ร.บ. ฉบับใหม่มาโดยตลอด โดยล่าสุดได้อ้างถึงผลสำรวจความคิดเห็นของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์⁽⁵⁾ ที่ระบุว่า ร้านค้าปลีกที่เป็นสมาชิกของสมาคมการค้ายาสูบไทยร้อยละ 79.0 มีความกังวลใจต่อร่าง พ.ร.บ. ฉบับใหม่โดยอ้างว่าจะสร้างความเสียหายทางธุรกิจให้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก และเสนอว่าควรได้รับการทบทวนอย่างละเอียดเพื่อสร้างความมั่นใจว่ากฎหมายดังกล่าวมีประสิทธิภาพเพียงพอและจะไม่ส่งผลกระทบในภายหลัง

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากทัศนคติเป็นผลสรุปของการประเมินสิ่งหนึ่งสิ่งใดในระดับบุคคลที่มีลักษณะเป็นความรู้สึกที่อาจมีความแตกต่างไปตามประสบการณ์และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้น ทัศนคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าเดียวกันจึงอาจแตกต่างกันไปด้วย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาทัศนคติที่มีต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างไปจากที่สมาคมการค้ายาสูบไทยที่ได้กล่าวอ้างไว้ โดยเฉพาะจะจศึกษากับร้านค้าปลีกที่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจรายย่อยในชุมชนที่มีทำเลที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค และไม่ได้เป็นสมาชิกของสมาคมการค้ายาสูบไทย และจำแนกการศึกษาทัศนคติของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่มีร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ออกเป็น 3 ส่วน คือ ทัศนคติที่มีต่อด้านเนื้อหา ทัศนคติที่มีต่อด้าน

ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และทัศนคติที่มีต่อด้านพฤติกรรม การตอบสนอง^(6,7) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อเท็จจริงอีกชุดหนึ่งที่จะช่วยขยายมุมมองที่มีต่อผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในฐานะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ให้รอบด้านมากยิ่งขึ้นซึ่งคาดว่าจะส่งผลดีต่อกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้อำนาจหน้าที่และการควบคุมการบริโภคยาสูบต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในเขตบริการสุขภาพที่ 2 ที่มีต่อเนื้อหา ผลกระทบ และพฤติกรรม การตอบสนองต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ที่ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (NU-IRB1089) และไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์กรที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับยาสูบระหว่างดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลา 8 เดือน โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 28,244 ร้านค้า

ตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 จำนวน 1,180 ร้านค้าที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Estimating the finite population proportion)⁽⁸⁾

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

กำหนดให้ Population (N) = 28,244, Proportion (p) = 0.71 โดยกำหนดจากสัดส่วนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่รับรู้ร่าง พ.ร.บ.ฯ ฉบับใหม่⁽⁵⁾ Error (d) = 0.035 โดยกำหนดจากโอกาสที่ยอมให้เกิดความผิดพลาดเท่ากับ 5% ของค่า p⁽⁹⁾ และ $\alpha = 0.01$ ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 1,073 ร้านค้า และเพื่อป้องกันการไม่ตอบกลับและความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10.0 ของจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ (เพิ่มอีก 107 ร้านค้า) รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,180 ร้านค้า

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) ประกอบด้วย 1) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งออกเป็น 5 ชั้น (Stratum) ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ และกำหนดให้ทุกจังหวัดมีตัวอย่างเท่ากันคือ 236 ร้านค้า 2) สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากเพื่อหาอำเภอที่เป็นตัวแทนจังหวัด และ 3) แต่ละอำเภอสุ่มตัวอย่างง่ายด้วยการจับสลากเพื่อหาตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามชนิดตอบสั้น (Short answers) และตรวจสอบรายการ (Checklists) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ เป็นข้อคำถามชนิดตรวจสอบรายการ (Checklists) จำนวน 3 ข้อ และข้อคำถามชนิดมาตราประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert) 4 ระดับ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในเขตบริการสุขภาพที่ 2 เป็นข้อคำถามชนิดตรวจสอบรายการ (Checklists) จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การตอบสนองต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกใน

เขตบริการสุขภาพที่ 2 เป็นข้อคำถามชนิดตรวจสอบรายการ (Checklists) จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 - 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ส่วนที่ 2 ที่มีข้อคำถามชนิดมาตรประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบของลิคเคอร์ต (Likert) ด้วยวิธีวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) เพื่อดำเนินการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ที่ได้จาก การนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในจังหวัดพิจิตรที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.814 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือไม่ต่ำกว่า 0.70⁽¹⁰⁾

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกชี้แจงสถานการณ์ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัย (เป็นหน่วยวิชาการที่ดูแลพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2)

2) ผู้วิจัยลงพื้นที่เป้าหมายเพื่อชี้แจงสถานการณ์ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัยให้กับผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการวิจัยทั้ง 5 อำเภอ

3) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอทุกแห่งคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะทำหน้าที่เป็นพนักงานเก็บข้อมูล จำนวนอำเภอละ 10 คน (รวม 50 คน) ทั้งนี้เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมา (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ, 2557) พบว่า ผู้ประกอบการร้านค้าปลีก

ส่วนใหญ่มีความไว้วางใจและให้คำตอบที่เป็นจริงกับ อสม. ที่เป็นคนในชุมชนมากกว่าการที่ผู้วิจัยหรือนักศัลยกรรมนอกชุมชน

4) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ข้อมูลและฝึกทักษะพนักงานเก็บข้อมูลทั้ง 5 อำเภอเกี่ยวกับ (1) วัตถุประสงค์การวิจัย (2) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Protocol) (3) ผลตอบแทนที่จะได้รับ และ (4) ทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

5) พนักงานเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้ตัวอย่างตอบด้วยตนเอง หรืออ่านข้อคำถามในแบบสอบถามให้ตัวอย่างฟังแล้วให้เลือกตอบด้วยตนเองสำหรับกรณีตัวอย่างที่อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

6) ผู้วิจัยดำเนินการติดตามความก้าวหน้า และสอบถามปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูลของพนักงานเก็บข้อมูลทุกคนด้วยโทรศัพท์เคลื่อนที่ และผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดจากพนักงานเก็บข้อมูลด้วยตนเอง พบว่า ได้รับแบบสอบถามที่ตอบข้อคำถามครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 959 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 81.3 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราตอบกลับแบบสอบถามที่อยู่ในเกณฑ์ดีคือ > ร้อยละ 70.00⁽¹¹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยจำนวน (Number) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD.)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 959 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71.1 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (SD.= 11.435, min= 18 ปี, max=84 ปี) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 40.5 และมีระยะเวลาในการประกอบอาชีพค้าขายเฉลี่ย 15 ปี (SD.= 10.291, min= 2 เดือน, max=50 ปี) ประเภทของร้านค้าปลีกส่วนใหญ่เป็นร้านขายของชำที่ดำเนินธุรกิจด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ

97.6 และส่วนใหญ่มีใบอนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบจากสำนักงานสรรพสามิตคิดเป็นร้อยละ 79.7

ทัศนคติที่มีต่อเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ตัวอย่างจำนวน 485 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 50.6 คนเคยได้ยินข่าวเกี่ยวกับการเสนอร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ในขณะที่อีก 474 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 49.4 ไม่เคยได้ยินข่าวดังกล่าว โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารของตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบด้วย สื่อสารมวลชนหลัก ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และเอกสารแผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 44.7, 18.0, 16.7, และ 7.8 ตามลำดับ และสื่อท้องถิ่น ได้แก่ ป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน การเข้ารับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหอกระจายข่าวในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 7.2, 5.0, และ 4.0 ตามลำดับ ในส่วนของทัศนคติที่มีต่อเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ฉบับใหม่จำแนกตามข้อบัญญัติที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมนั้นพบว่า ในภาพรวมตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติก่อนไปทางเห็นด้วยกับทุกข้อบัญญัติ โดยข้อบัญญัติที่มีตัวอย่างเห็นด้วย-เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ห้ามขายบุหรี่ในวัด สถานศึกษา และสวนสาธารณะ บังคับใช้ซองบุหรี่แบบเรียบ และแก้ไขนิยามของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดที่มีสารนิโคติน เช่น บุหรี่ไฟฟ้า และมอระกู่ คิดเป็นร้อยละ 94.8, 88.5 และ 87.9 ตามลำดับ ในขณะที่ข้อบัญญัติที่มีตัวอย่างไม่เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ห้ามแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน เพิ่มโทษปรับผู้ขายบุหรี่ให้เยาวชนเป็นจำคุก 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และห้ามขายบุหรี่ให้บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.1, 27.2 และ 19.7 ตามลำดับ (ผลดังตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่อเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่จำแนกตามข้อบัญญัติที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม

ข้อบัญญัติ	ระดับทัศนคติ (n=959 คน)							
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ห้ามขายบุหรี่ให้บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี	196	20.4	574	59.9	169	17.6	20	2.1
- ห้ามแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน	120	12.5	378	39.4	209	21.8	252	26.3
- ห้ามขายบุหรี่ในวัด สถานศึกษา และสวนสาธารณะ	447	46.6	462	48.2	31	3.2	19	2.0
- บังคับใช้ซองบุหรี่แบบเรียบ	262	27.3	587	61.2	74	7.7	36	3.8
- นิยามของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดที่มีสารนิโคติน	179	18.7	664	69.2	88	9.2	28	2.9
- เพิ่มโทษปรับผู้ขายบุหรี่ให้เยาวชนเป็นจำคุก 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ	168	17.5	530	55.3	189	19.7	72	7.5

ทัศนคติที่มีต่อผลกระทบที่เกิดจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่

ตัวอย่างส่วนใหญ่หรือร้อยละ 45.7 ยังไม่มีความแน่ใจว่าร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่จะมีผลกระทบต่อผู้ประกอบการร้านค้าปลีกหรือไม่ และตัวอย่างร้อยละ 25.4 มั่นใจว่าร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

ในขณะที่ตัวอย่างบางส่วนมีทัศนคติว่าร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่จะทำให้เกิดผลกระทบได้ในระดับเล็กน้อยและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 21.3 และ 7.6 ตามลำดับ โดยผลกระทบที่ตัวอย่างคาดว่าจะเกิดจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่มากที่สุดคือ ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการขายบุหรี่มากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 60.6 รองลงมา คือ มีบทลงโทษที่รุนแรง

ขึ้น รายได้จากการขายบุหรี่ลดลง คนสูบบุหรี่ลดลง และมีความคิดที่จะเลิกขายบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 38.6, 27.4, 17.1, และ 11.7 ตามลำดับ (ผลดังตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติที่มีต่อผลกระทบที่จะเกิดจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่

ข้อคำถาม	จำนวน	ข้อคำถามร้อยละ
ท่านคิดว่าร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไร		
- มีผลกระทบอย่างมาก	73	7.6
- มีผลกระทบเล็กน้อย	204	21.3
- ไม่แน่ใจ	438	45.7
- ไม่มีผลกระทบ		
ท่านคิดว่าร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไร		
- เห็นด้วย	581	60.6
- ไม่เห็นด้วย	370	38.6
- รู้สึกเฉยๆ		
- ไม่แน่ใจ		
ท่านต้องการได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่หรือไม่		
- ต้องการ		
- ไม่ต้องการ		
- ไม่แน่ใจ		

ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมตอบสนองต่อร่าง

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่

ตัวอย่างส่วนใหญ่หรือร้อยละ 72.7 ระบุว่าไม่เห็นด้วยในแง่การออกมาตรการต่อต้านและคัดค้านร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ของสมาคมนักค้ายาสูบไทย ซึ่งตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกเฉยๆ และรู้สึกไม่เห็นด้วยต่อการปฏิบัติกิจกรรมตอบสนองดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 64.8 และ 21.4 ตามลำดับ โดยมีเพียงร้อยละ 13.9 เท่านั้นที่เห็นด้วยกับการออกมาตรการต่อต้านและคัดค้านของสมาคมนักค้ายาสูบไทย ในขณะที่เมื่อถามถึงปฏิกิริยาตอบสนองของตัวอย่างที่มีต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่พบว่า ส่วนใหญ่เลือกที่จะอยู่เฉยๆ และรองลงมาคือมีความคิดว่าจะร่วมลงชื่อสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 52.7 และ 29.7 ตามลำดับและมีเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้นที่มีความคิดว่าจะร่วมลงชื่อคัดค้าน นอกจากนี้ ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่เป็นตัวอย่างส่วนใหญ่หรือคิดเป็นร้อยละ 66.8 ยังระบุว่ามีความต้องการได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่เพิ่มเติมอีกด้วย (ผลดังตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมตอบสนองต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่

ข้อคำถาม	จำนวน	ข้อคำถามร้อยละ
ท่านคิดว่าร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไร		
- เห็นด้วย	581	60.6
- ไม่เห็นด้วย	370	38.6
- รู้สึกเฉยๆ		
- ไม่แน่ใจ		
ท่านต้องการได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่หรือไม่		
- ต้องการ		
- ไม่ต้องการ		
- ไม่แน่ใจ		

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางครั้งนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 959 คน ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 46 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีระยะเวลาในการประกอบอาชีพค้าขายเฉลี่ย 15 ปี ส่วนใหญ่เปิดร้านขายของชำและดำเนินธุรกิจ

ด้วยตนเอง และมีใบอนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบจากสำนักงานสรรพสามิต

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างที่เคยได้ยื่นและไม่เคยได้ยื่นขำวการเสนอร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่มีอัตราที่ใกล้เคียงกันคือคิดเป็นร้อยละ 50.9 และร้อยละ 49.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างไปจากผลการสำรวจของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์⁽⁵⁾ ที่พบว่าผู้ประกอบการร้านค้าปลีกส่วนใหญ่หรือคิดเป็นร้อยละ 70.78 เคยได้ยื่นขำวการเสนอร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ไม่ใช่สมาชิกของสมาคมการค้ายาสูบไทยจึงทำให้ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและไม่ได้ติดตามความเคลื่อนไหวของการเสนอร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่อย่างต่อเนื่องโดยอภิปรายข้อค้นพบเกี่ยวกับทัศนคติในแต่ละด้านได้คั้งนี้

ทัศนคติที่มีต่อเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่

ในภาพรวมตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติค่อนข้างไปในทางที่เห็นด้วยกับเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ โดยเฉพาะข้อบัญญัติที่มีตัวอย่างเห็นด้วย-เห็นด้วยอย่างยิ่งมากเป็น 3 อันดับแรก คือ การห้ามขายบุหรี่ในวัด สถานศึกษา และสวนสาธารณะ การบังคับใช้ของบุหรี่แบบเรียบ และการแก้ไขนิยามของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดที่มีสารนิโคติน โดยคิดเป็นร้อยละ 94.8, 88.5 และ 87.9 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าข้อบัญญัติดังกล่าวไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการขายบุหรี่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกมากนัก เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้ทราบว่าร้านค้าปลีกในชุมชนส่วนใหญ่ขายเฉพาะบุหรี่โรงงานและยาเส้นเท่านั้น ดังนั้น การแก้ไขนิยามของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมบุหรี่ไฟฟ้าและมอระกู่จึงไม่ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อธุรกิจ และที่ผ่านมาก็มีกฎหมายห้ามการวางโชว์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดจำหน่ายหรือในจุดที่สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายอยู่แล้วคั้งนั้นการปรับเปลี่ยนบรรจกัณฑ์ของบุหรี่หรือการบังคับใช้ของบุหรี่แบบเรียบจึงไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ประกอบการ

ร้านค้าปลีก หรือถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีร้านค้าปลีกส่วนใหญ่จะลักลอบวางโชว์บุหรี่ ณ จุดจำหน่าย เช่น นำซองบุหรี่มาวางในตู้กระจกที่มองเห็นได้หรือวางในตู้ทึบแต่ไม่ปิดฝาตู้^(12, 13) ซึ่งส่วนใหญ่ทำไปเพื่อแสดงให้ลูกค้าทราบว่าร้านคั้งนี้มีบุหรี่จำหน่าย คั้งนั้นซองบุหรี่แบบเรียบก็ไม่ได้ขัดขวางต่อการสื่อสารคั้งกล่าว นอกจากนี้ ข้อบัญญัติห้ามขายบุหรี่ในวัด สถานศึกษา และสวนสาธารณะยังอาจส่งผลดีต่อร้านค้าปลีกในชุมชนในแง่ช่วยควบคุมจำนวนแผงลอยหรือรถเร่ที่มักเข้าไปขายบุหรี่ในวัดหรือสวนสาธารณะซึ่งมีผลทำให้ลูกค้าที่เคยซื้อจากแหล่งจำหน่ายคั้งกล่าวกลับมาซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำมากขึ้น

ในขณะที่ การห้ามแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน การเพิ่มโทษปรับผู้ขายบุหรี่ให้เขาชน และการห้ามขายบุหรี่ให้บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นข้อบัญญัติที่มีตัวอย่างไม่เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุดเป็น 3 อันดับแรก คือ คิดเป็นร้อยละ 48.1, 27.2 และ 19.7 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อบัญญัติคั้งกล่าวมีความเป็นไปได้ที่จะส่งผลกระทบต่อตรงในลักษณะขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อวิถีปฏิบัติที่เคยชินในการขายบุหรี่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน ซึ่งยืนยันได้จากงานวิจัยเชิงสำรวจที่พบว่าร้านค้าปลีกส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.3 แบ่งขายบุหรี่เป็นมวนๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ลูกค้าและเพื่อเพิ่มผลกำไรในการขายบุหรี่^(12, 14) และที่ผ่านมาคั้งไม่มีกฎหมายฉบับใดที่สามารถเอาผิดกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่แบ่งขายได้โดยตรงหรือเป็นรูปธรรม⁽²⁾ นอกจากนี้ ร้อยละ 95.2 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกไม่เคยสอบถามอายุหรือตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชนก่อนขายบุหรี่และร้านคั้งเหล่านี้มักมีเขาชนเป็นหนึ่งในกลุ่มลูกค้าขาประจำเสมอ สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศที่ยืนยันว่าพฤติกรรมคั้งกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการละเมิดกฎหมายการห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เขาชน⁽¹⁵⁾ อัตราการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเขาชน⁽¹⁶⁾ และอัตราการบริโภคยาสูบของเขาชน⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นข้อบัญญัติที่มีตัวอย่างไม่เห็นด้วยมากที่สุดแต่ก็เป็นอัตราที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับตัวอย่างที่เห็นด้วยกับข้อบัญญัติเหล่านี้ที่คิดเป็นร้อยละ 51.9, 76.8, และ 80.3 ตามลำดับ

ทัศนคติที่มีต่อผลกระทบของร่างพระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่

ผลการศึกษาทัศนคติที่มีต่อผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ พบว่า มีตัวอย่างเพียงร้อยละ 28.9 เท่านั้นที่มีทัศนคติว่าตนเองจะได้รับผลกระทบจากร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ในระดับเล็กน้อย-มาก โดยผลกระทบที่ตัวอย่างคาดว่าจะเกิดเรียงจากมากไปหาน้อย คือ ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการขายบุหรี่มากขึ้น มีบทลงโทษที่รุนแรงขึ้น รายได้จากการขายบุหรี่ลดลง คนสูบบุหรี่ลดลง และมีความคิดที่จะเลิกขายบุหรี่ ซึ่งข้อค้นพบนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์⁽⁵⁾ ที่ระบุว่า มีผู้ประกอบการร้านค้าปลีกถึงร้อยละ 68.5 ที่มีความเห็นว่าตนเองจะได้รับผลกระทบหากรัฐบาลผ่านร่างพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาดังกล่าวมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองของผู้ประกอบการร้านค้าที่มีต่อสภาพเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทยร่วมด้วย ทั้งสถานการณ์ในปัจจุบันและที่คาดการณ์ถึงอนาคต ซึ่งตัวอย่างมากกว่าครึ่งหรือคิดเป็นร้อยละ 59.2 ตอบว่าสภาพเศรษฐกิจของไทยอยู่ในสถานการณ์แย่ลงกว่าปีที่ผ่านมาและคิดว่าในปีหน้าก็คงไม่แตกต่างกัน ซึ่งนี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ตอบคำถามเกิดการเชื่อมโยงระหว่างสภาพเศรษฐกิจที่ถดถอยลงกับประเด็นที่รัฐบาลกำลังพิจารณาเปลี่ยนแปลงกฎหมายควบคุมยาสูบ และอาจส่งผลทำให้ตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านลบต่อร่างพระราชบัญญัตินี้ เพราะดูเหมือนว่ารัฐบาลกำลังซ้ำเติมให้สภาพเศรษฐกิจถดถอยลงกว่าเดิมหรือไม่เอื้อประโยชน์ต่อธุรกิจขนาดเล็ก

ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมตอบสนองต่อร่าง พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่

ผลการศึกษาด้านทัศนคติที่มีพฤติกรรมตอบสนองต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 72.7 ระบุว่าไม่เคยได้ยินข่าวการออกมาต่อต้านและคัดค้านร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ของสมาคมการค้ายาสูบไทย โดยตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่ารู้สึกเฉยๆ และรู้สึกไม่เห็นด้วยกับ

การออกมาต่อต้านและคัดค้านดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 64.8 และ 21.4 ตามลำดับ โดยมีเพียงร้อยละ 13.9 เท่านั้นที่เห็นด้วยกับการออกมาต่อต้านและคัดค้านของสมาคมการค้ายาสูบไทย และพบว่าตัวอย่างร้อยละ 52.7 จะตอบสนองต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ด้วยการอยู่เฉยๆ และร้อยละ 29.7 จะร่วมลงชื่อสนับสนุนร่างพระราชบัญญัตินี้ และมีเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้นที่มีความคิดว่าจะร่วมลงชื่อคัดค้าน ซึ่งข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงมุมมองและปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างออกไปของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่อยู่ในส่วนภูมิภาคและไม่ได้เป็นสมาชิกของสมาคมการค้ายาสูบไทย นอกจากนี้ยังท้าทายต่อการกล่าวอ้างถึงความเป็นตัวแทนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในการออกมาต่อต้านและคัดค้านร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ของสมาคมการค้ายาสูบไทยอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่เป็นตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้ว่ามีกรณีเสนอร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ และมีความต้องการได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่เพิ่มเติม นอกจากนี้พบว่ามีผู้ประกอบการร้านค้าปลีกบางส่วนที่ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเนื้อหาและอาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับผลกระทบของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ดังนั้นจึงเสนอให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ควรเพิ่มการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อสื่อสารถึงเจตนารมณ์และเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ผ่านช่องทางสื่อสารมวลชนที่ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในภูมิภาคสามารถเข้าถึงได้ที่เป็นข้อค้นพบจากวิจัยครั้งนี้ คือ สื่อสารมวลชนหลัก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และเอกสารแผ่นพับ และสื่อท้องถิ่น ได้แก่ ป้าย

ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การเข้ารับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหอกระจายข่าวในชุมชน

2. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์เท่านั้น ดังนั้นจึงเสนอแนะให้การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายขอบเขตด้านประชากรที่ใช้ในการศึกษาให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย และดำเนินการศึกษาโดยหน่วยงานหรือองค์กรที่มีความเป็นกลางหรือเป็นอิสระจากการมีส่วนได้ส่วนเสียกับร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ฉบับใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้มีความน่าเชื่อถือและสามารถใช้เป็นตัวแทนความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกได้อย่างแท้จริง ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้มีอำนาจหน้าที่และการควบคุมการบริโภคยาสูบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ
การวิจัยในครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณรายได้มหาวิทยาลัยจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

เอกสารอ้างอิง

- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปานทิพย์ โชติเบจมาภรณ์ และคณะ. **สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559**. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2559.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. “ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปกฎหมายการจำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนไทย”. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข** 2559 10(2): 128-36.
- มูลนิธิธรรมคดีเพื่อการไม่สูบบุหรี่. **สมุดปกขาว ข้อเท็จจริง และความจำเป็นของร่าง พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ**. ม.ป.ท., 2558.
- กรมสรรพสามิต. **รายงานผลการจัดเก็บค่าใบอนุญาตยาสูบประจำปี พ.ศ. 2554**. URL <http://edweb.excise.go.th> สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2559.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. **โครงการสำรวจความคิดเห็นร้านค้าปลีกที่จำหน่ายบุหรี่ต่อร่างพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ**. ม.ป.ท., 2559.
- Eagly, A., and Chaiken, S. **The psychology of attitudes**. Orlando, FL, US: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1993.
- Petty, R. E., and Wegener, D. T., et al. “Attitudes and attitude change” **Annual Review of Psychology**. 48 : 609-647, 1993.
- Wayne W., D. **Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences**. 6th ed. John Wiley&Sons, Inc., 1995.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย(Statistics for health science research)**. บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด กรุงเทพฯ, 2552.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. **ระเบียบการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ กรุงเทพฯ, 2554.
- Babbie, E. **Survey research methods**. 2nd ed. Wadsworth Belmont California, 1998.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์. “พฤติกรรมกรจำหน่ายบุหรี่ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 6(2) : 101-106, 2557.
- บุปผา ศิริวิทย์, ทวีมา ศิริวิทย์, และคณะ. **รายงานการสำรวจระดับประเทศ เรื่อง ผลกระทบนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยกลุ่มวัยรุ่นรอบที่ 4 (พ.ศ. 2552) ภายใต้โครงการ International Tobacco Control Policy-Southeast Asia**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม, 2555.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. “ปรากฏการณ์ แบบแผนและภาพจำลองทางความคิดของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนบทที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชน”. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์**. 21 (1) : 39-59, 2558.
- Celebucki, C.C., and Diskin, K. “A longitudinal study of externally visible cigarette advertising on retail storefronts in Massachusetts before and after the Master Settlement Agreement” **Tobacco Control**. 11(Suppl 2) : ii47-53, 2002.

16. Slater, S.J., and Chaloupka, F.J., et al. "The impact of retail cigarette marketing practices on youth smoking uptake" **Arch Pediatr Adolesc Med.** 161(5) : 440-445, 2007.
17. Lovato, C.Y., and Hsu, H.C., et al. "Tobacco Point-of-Purchase marketing in school neighbourhoods and school smoking prevalence: a descriptive study" **Canadian journal of public health.** 98(4) : 265-270, 2007.

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำ
บ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

The Development of a Community Participation Model for Diabetes and Hypertension Screening at
Kham Bo Subdistrict, Waritchaphum District,
Sakon Nakon Province

นิตยา เดิมแก้ว¹ สุทธิพร มูลศาสตร์² วรรณรัตน์ ลาวัณ³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชนด้านปกครองและด้านสุขภาพ จำนวน 36 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 47 คน กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และ 2 ถูกเลือกแบบเจาะจง ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 75 คน ซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน 2) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรค สำหรับกลุ่มพัฒนารูปแบบ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรค สำหรับผู้ถูกคัดกรอง แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .92-1.00 และค่าความเที่ยง .92-.96 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา สถิติชี้ และสถิติทดสอบที่ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังขาดความร่วมมือจากส่วนต่าง ๆ ของชุมชน และการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล และ 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในปีงบประมาณ 2560 สัดส่วนการคัดกรอง (ร้อยละ 99.04) มีความครอบคลุมมากกว่าปีงบประมาณ 2559 (ร้อยละ 84.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มพัฒนารูปแบบ มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น และประชาชนที่ถูกคัดกรองมีความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรค มากกว่าปีงบประมาณ 2559 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การคัดกรอง, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purposes of research and development were: 1) to study the participation situation of diabetes and hypertension screening in the Kham Bo Subdistrict, Waritchaphum district, Sakon Nakon province, 2) to develop a community participation model for diabetes and hypertension screening in the Kham Bo Subdistrict, Waritchaphum district, Sakon Nakon province, and 3) to study the effectiveness of the community participation model for diabetes and hypertension screening.

The samples were divided by the model developmental phases. 1) The study of participation situation of diabetes and hypertension screening, the sample was 36 political and health leaders. 2) The development of community participation model for diabetes and

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำบ่อ ตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิตแขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

hypertension screening, the sample was a developmental team composed of 47 political and health leaders. The sample of both stages was selected by purposive sampling. 3) The implementation of participation model, the sample was 75 persons aged 35 and over who were selected by the stratified and the simple random sampling techniques. Research tools comprised: 1) focus group guidelines for exploring the participation situation of screening, 2) focus group guide lines for participation model development, 3) a questionnaire of satisfaction toward screening participation, and 4) a questionnaire of satisfaction toward diabetes and hypertension screening. The content validity indexes of questionnaire were .92-1.00, and reliability coefficients were .92-.96. The quantitative data was analyzed by descriptive statistics, Z test, and t-test. The qualitative data was analyzed by content analysis.

The results revealed as follows. 1) The diabetes and hypertension screening were lack of participation from all sectors of community, and the screening coverage was under the goal. 2) The model of diabetes and hypertension screening composed of participation in decision making, implementation, benefits, and evaluation. 3) After implementation in the fiscal year 2017, the coverage (99.04%) was statistically higher than in 2016 (84.72%) at .05. The developmental group satisfied their participation significantly higher, as well as, people aged 35 and over satisfied the screening significantly higher than in 2016 at .05.

Keywords: Model, Community Participation, Screening, Diabetes, Hypertension

บทนำ

สถานะสุขภาพของประชากรโลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก และพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ซึ่งจากสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ⁽¹⁾ ได้ประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2554 มีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 366 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 552 ล้านคน ใน พ.ศ. 2573 ผู้ป่วยร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เช่นเดียวกันที่สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบถึง 1,000 ล้านคน โดยสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และพบว่าประชากรในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คน จะมีภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสถานะสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2552 พบอัตราการความชุกผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 6.9 ในจำนวนนี้พบว่าเพศหญิงมีอัตราการความชุกสูงกว่าเพศชาย และมีอัตราการความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี โดยมีสัดส่วน

ของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคสูงถึงร้อยละ 31.2⁽²⁾

ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา พบว่าคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นจำนวน 3.5 ล้านคน ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ที่ไม่รู้ว่าตนเองป่วยถึง 1.1 ล้านคน และที่น่าห่วงยิ่งไปกว่านั้นก็คือ ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติถึง 2-4 เท่า และในเพศชายพบว่ามากกว่าครึ่งมีความผิดปกติของระบบประสาทและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้าร่วมด้วย สอดคล้องกับข้อมูลจากสถิติสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยและผู้เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบจากข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543-2553) พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 259 เป็น 1,349 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งถือว่ามียัตราการเพิ่มที่สูงขึ้นกว่า 5 เท่า⁽³⁾

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย⁽⁴⁾ ถ้ารักษาหรือควบคุมไม่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy) กล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือด (myocardial infarction) และไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure) เป็นต้น ซึ่งทำให้ต้องเสียเวลาไปกับการเจ็บป่วย เสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดจึงควรป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแต่เนิ่น ๆ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก จะได้รับการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว

จังหวัดสกลนคร เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปกครองพื้นที่จำนวน 18 อำเภอ อยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (2557)⁽⁵⁾ พบว่าจังหวัดสกลนคร มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับที่ 2 ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 รองจากจังหวัดอุดรธานี (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (2559) พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2559 จำนวน 33,001, 30,937, 39,815 และ 41,715 รายและอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 36,487, 38,744, 38,869 และ 43,714 คน ตามลำดับ และในจังหวัดสกลนคร พบว่าอำเภอวาริชภูมิมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,847 และ 2,743 ซึ่งเป็นปัญหาที่สูงมากเช่นเดียวกัน⁽⁶⁾

สถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันและการรักษา คณะรัฐมนตรีได้กำหนดให้การคัดกรองสุขภาพและบริการดูแลสุขภาพประชากรเป้าหมาย (ประชาชนอายุ 15-34 ปี และอายุ 35 ปี ขึ้นไป รวมทั้งพระภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนา) เป็นเป้าหมายตัวชี้วัดที่สำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 รวมทั้งได้กำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรควิถีชีวิต และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในการลดอัตราป่วยและตายด้วย

ตำบลคำบ่อ อยู่ในเขตการปกครองของอำเภอวาริชภูมิ มีความหลากหลายของประชากร และความแตกต่างของลักษณะการประกอบอาชีพ ในด้านภาวะสุขภาพพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นลำดับที่ 1 และ 2 ใน 5 ลำดับแรกของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตตำบลคำบ่อ จากโปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีอนามัย (JHCIS) ในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 367, 418, 403 และ 511 รายตามลำดับ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 238, 245, 353, และ 579 รายตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน 18, 16, 21, และ 11 รายตามลำดับ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 13, 16, 21, และ 31 รายตามลำดับ และในปี 2556 มีผู้ป่วยเบาหวานตัดนิ้วเท้า 2 คน ปี 2558 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิต จำนวน 4 คน ดัดขา 1 คนและตัดนิ้วเท้าอีก 1 คน นอกจากนี้ยังพบว่า ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองประจำปี ในช่วงเวลาเดียวกันมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จำนวน 157, 172, 172, และ 208 รายตามลำดับ และพบกลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 531, 589, 834, และ 320 รายตามลำดับ

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และโรคมะเร็ง กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรควิถีชีวิต จึงผลักดันให้เกิดความร่วมมือบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM, HT) ซึ่งมีเป้าหมาย คือ การลดปัจจัยเสี่ยงและลดโรควิถีชีวิตในประชาชน กลวิธีสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองประชาชน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

อย่างไรก็ตามระบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความโลหิตสูงของตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ที่ผ่านมายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าในปีงบประมาณ 2557 การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรเป้าหมายอายุ 15 ปีขึ้นไป ของตำบลคำบ่อสามารถดำเนินการตรวจคัดกรองได้ ร้อยละ 92.57 ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.88 และ ร้อยละ 86.30 ในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 จะเห็นได้ว่าการคัดกรองของโรงพยาบาลในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลคำบ่อ ยังไม่บรรลุเป้าหมายทั้งปีงบประมาณ 2558 และ 2559 นอกจากนี้ในการดำเนินการคัดกรองยังพบปัญหาในการปฏิบัติงานหลายประการ ได้แก่ การขาดความร่วมมือจากชุมชนและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยประชาชนมองว่าการคัดกรองเป็นงานของเจ้าหน้าที่ ประชาชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบกับในตำบลคำบ่อมีประชากรอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก และมีอัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอ ทำให้การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในแต่ละปีงบประมาณต้องใช้เวลานาน ต้องเข้าไปติดตามประชาชนถึงบ้าน และไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร จึงเป็นเหตุให้การตรวจคัดกรองไม่ครอบคลุมตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลกระทบทำให้ประชาชนที่ไม่ได้รับการคัดกรองโรคและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อชีวิตได้ในภายหลัง ดังปัญหาที่พบในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน จากการศึกษาของ ชัยวัฒน์ บุญประจันต์ (2556)⁽⁷⁾ พบว่าในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนมะเพื่อ อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำภู อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านส่วนใหญ่จะปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่คือการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 86.5 โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ ร้อยละ 84.5 การ

สนับสนุนการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองเบาหวานในชุมชน ร้อยละ 84.3 การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 84.3 และการประสานงานองค์กรในพื้นที่ ร้อยละ 84 ตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคในการตรวจคัดกรองเบาหวานส่วนใหญ่คือการประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 34.6 รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองในชุมชน ร้อยละ 30.5 การประสานงานองค์กรในพื้นที่ ร้อยละ 20.8 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 20.3⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าการดำเนินการตรวจคัดกรองนอกจากเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ยังจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการคัดกรองเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและส่งผลดีต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับรูปแบบ/ระบบ ความร่วมมือของชุมชนในงานคัดกรองโรค โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังมีไม่มากนัก

การศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัสฮอฟ⁽⁸⁾ ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา เช่น อิศร พูลทรัพย์ (2555)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี และจิตติพรณ แยมโพธิ์กลาง (2555)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลคูอำเภอบึงขัง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยอยู่ในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินการ และพบว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมที่อยู่ในระดับน้อยสุดคือขั้นตอนการประเมินผล

ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้รับผิดชอบงานคัดกรองของโรค ดังนั้นเพื่อให้

ระบบและการคัดกรองมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงควรที่จะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนครขึ้น เพื่อคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุมตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดประโยชน์และความยั่งยืนแก่สุขภาพของประชาชน เพื่อให้ชุมชนและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองโรค เข้าใจในรูปแบบและมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ซึ่งจะเป็นการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืนตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาความต้องการการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ประชากรที่ศึกษา เป็นกลุ่มผู้นำชุมชนด้านการปกครอง ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชนด้านการปกครอง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 18 คนและกลุ่มผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร จำนวน 18

คน รวมทั้งหมด 36 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางสนทนากลุ่มระหว่างผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ซึ่งได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แนวทางการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1981) โดยมีองค์ประกอบของประเด็นที่สนทนาค้างนี้ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยมีองค์ประกอบของประเด็นที่สนทนาค้างนี้ สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ รายละเอียดที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ จุดดีจุดเด่นของตำบลคำบ่อในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ ความสำคัญและความจำเป็นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ผ่านมามีชุมชนได้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบ้างหรือไม่อย่างไร มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่ชุมชนจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รูปแบบวิธีการ หรือบุคคลที่กระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการมาคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในการพัฒนางานคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บุคคลในชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยบุคคลเหล่านั้นควรมีหน้าที่บทบาทใดบ้าง และข้อเสนอแนะอื่นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และดำเนินการสนทนากลุ่มครอบคลุมตามกรอบแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ⁽⁸⁾ ทั้ง 4 ด้านโดยผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง โดยการสนทนา 2 ชั่วโมงถึง เมื่อวันที่

6 มิถุนายน 2559 มีกลุ่มผู้นำชุมชนด้านการปกครอง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 18 คนและกลุ่มผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร จำนวน 18 คน รวมทั้งหมด 36 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้บันทึก, สรุปประเด็นสภาพปัญหาและความต้องการและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ประชากรเป็นกลุ่มผู้นำชุมชนด้านการปกครอง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้านจำนวน 12 คน และกลุ่มผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 33 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.ในเขตตำบลคำบ่อและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 47 คน โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส นับถือศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในชุมชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1981) โดยมีองค์ประกอบของประเด็นที่สอบถาม ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-4 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-8 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-12 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-15

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล นำรูปแบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พัฒนาได้ดังกล่าวมานำเสนอแก่บุคลากรผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร โดยผู้วิจัยทำการศึกษาดังตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2559 - 7 กรกฎาคม 2559 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีรายละเอียด ดังนี้คือ

1)ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร 2) นำเสนอข้อมูลได้แก่ ผลการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน, ความต้องการการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร, รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร และคู่มือการการคัดกรองคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร และผู้วิจัยรับฟังข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากกลุ่มผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 3)ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามประเด็นข้อเสนอแนะและคำแนะนำของผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 4)นำรูปแบบที่ได้จากการปรับปรุงเสนอแนะต่อกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง 5)หลังจากกลุ่มตัวอย่างยอมรับและมีความเป็นไปได้ของรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้นำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ได้จริงแก่ผู้มารับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร และประเมิน

ประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ประชากรในการศึกษาเป็นประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จาก 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, หมู่ที่ 11 และหมู่ที่ 18 ปีงบประมาณ 2560 ในเขตตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร จำนวน 1,255 คน ทั้งหญิงและชาย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จาก 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, หมู่ที่ 11 และหมู่ที่ 18 ปีงบประมาณ 2560 ในเขตตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร จำนวน 75 คน ทั้งหญิงและชาย ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) จากประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร รวมทั้งหมด 1,255 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรขนาดตัวอย่างของการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นของไทฟอส

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส นับถือศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน รวมทั้งสิ้นจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพัฒนา 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบประเภทมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อคำถามทางบวกโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองซึ่งกำหนดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้นทั้งหมดเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไข ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของชุมชน และคู่มือการใช้แบบคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ จำนวน 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 1 ท่าน อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับข้อเสนอแนะมาปรับปรุงก่อนทดลองใช้ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา แนวทางสนทนากลุ่ม ปรับแก้ตามอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำ มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในส่วนที่ 2 มีค่า CVI เท่ากับ 0.96 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในส่วนที่ 2 มีค่า CVI เท่ากับ 0.92 อยู่ระหว่าง .98-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาอยู่ระหว่าง .80-.94

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย เป็นกลุ่มแกนนำชุมชนด้านการปกครอง กลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ในเขตตำบลคำบ่อและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 46.69 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ ช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.67 (อายุต่ำสุด 35 ปีและอายุสูงสุด 69 ปี) ระดับการศึกษาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.67 และมีตำแหน่งในชุมชนเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 70.21 สำหรับสภาพปัญหาและความต้องการ ได้แก่

ประชาชนส่วนใหญ่ทราบข้อมูลของการตรวจและจากการคัดกรองคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นการตรวจคัดกรองปีละครั้ง สำหรับคนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ต้องดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนเพื่อมาเจาะเลือด,

2. การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อพบว่าที่ผ่านมาในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น จะมีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเท่านั้นที่ร่วมกันปฏิบัติงาน ทำให้การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ผลตามเป้าหมาย แต่การดำเนินการไปอย่างยากลำบากและใช้เวลายาวนาน ซึ่งต้องใช้เวลากว้างไกลตลอดทั้งปีจึงจะได้ผลตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข, ที่ผ่านมามีประชาชนมาร่วมการคัดกรองน้อย เนื่องจากช่วงเวลาที่เจ้าหน้าที่ดำเนินการคัดกรองเป็นฤดูกาลการทำนา การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงและกระชั้นชิด ประชาชนบางคนไม่ตระหนัก กลัวตรวจแล้วเจอโรคเลยไม่มารับการคัดกรอง และจะรู้ตัวเองเมื่อเป็นโรคและเป็นร้ายแรงขึ้น ประชาชนบางคนไปทำงานต่างพื้นที่ ไม่สามารถมารับการตรวจคัดกรองในห้วงเวลานั้นได้ จุดดีหรือจุดเด่นของการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร คือ สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการคัดกรองอยู่ในชุมชน ใกล้บ้าน ใช้เวลาในการเดินทางน้อย สะดวก รวดเร็ว และมีจุดด้อย คือ การประชาสัมพันธ์ล่าช้าไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญในการวัดความดันโลหิตและเจาะเลือดน้อย ทำให้การคัดกรองเป็นไปอย่างล่าช้า

3. การศึกษาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 ราย เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.83 มีอายุเฉลี่ย 48.21 ปี อายุต่ำสุด 36 ปีและอายุสูงสุด 59 ปี มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 44.68 ระดับการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 42.55 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 95.75 สำหรับสภาพปัญหาและความต้องการพบว่า โดยรวมหลังการใช้รูปแบบ ๔ กลุ่มผู้พัฒนามีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการคัดกรอง

โรคมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแต่ละด้านมีความพึงพอใจก่อนและหลังดังนี้ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 1.41$, $SD = .98$) และหลังการใช้รูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.98$, $SD = .59$) 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.30$, $SD = 1.77$) และหลังการใช้รูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.13$, $SD = .38$) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.84$, $SD = .77$) และหลังการใช้รูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.40$, $SD = .35$) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ๑ พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ๑ กลุ่มตัวอย่างไม่มีส่วนร่วมเลย ($M = .55$, $SD = 1.05$) และหลังการใช้รูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = .44$) ในแต่ละด้านจะพบว่าหลังการใช้รูปแบบ มีความพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน แต่ยังมีในรายข้อบางข้อที่พบว่า การพึงพอใจยังอยู่ในระดับปานกลาง คือ ข้อ 5. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ข้อ 7. ท่านมีส่วนร่วมในการเชิญชวนหรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบถึงการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และข้อ 12. ท่านเป็นส่วนหนึ่งของการรับรางวัลที่ได้จากการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เป็นเพราะในการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการคัดกรองเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร สภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.67 มีอายุเฉลี่ย 42 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ ช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.00 (อายุต่ำสุด 31 ปีและอายุสูงสุด 50 ปี) มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 89.33 ระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.67 และประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 98.67 และมีรายได้ต่อเดือน

5,001-10,000บาท ร้อยละ 56.00 สำหรับสภาพปัญหาและความต้องการพบว่า สัดส่วนของความครอบคลุมของการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร หลังการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นช่วงปีงบประมาณ 2560 มีความครอบคลุมมากกว่าปี 2559 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$) โดยพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ความครอบคลุมของการคัดกรอง ร้อยละ 86.30 หลังการใช้รูปแบบความครอบคลุมของการคัดกรอง ร้อยละ 99.04 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปต่อการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ความพึงพอใจต่อการคัดกรอง หลังทดลองการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 24.89$, $p\text{-value} < .05$) และพบว่าความพึงพอใจโดยรวม

ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.17, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .64) และหลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.77, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .39)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำผลงานวิจัยไปพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลคำบ่อ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เป็นโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และศึกษาผลของโปรแกรม

2. ควรมีการนำผลงานวิจัยไปพัฒนาต่อยอดในการศึกษาตัวแปรผลลัพธ์อื่น เช่น ความตระหนักต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน, ความรู้ต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ฯลฯ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2005). The IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome. Retrieved January 31, 2010, from: http://www.idf.org/webdate/docs/MetS_def_FINAL.pdf
2. วิชัย เอกพลการ. (2552). รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. (2559).
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554). รายงานประจำปี 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
4. วิชัย เทียนถาวร. (2555). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่ การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2557). สถิติสาธารณสุข ปี 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2559). สรุปข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2559
7. ชัยวัฒน์ บุญประจันต์. (2556). การปฏิบัติงานตรวจคัดกรองเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น).
8. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
8. อติสร พูลทรัพย์. (2555). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี)
9. วิจิตรพรณ แยมโพธิ์กลาง. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลคูม อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการทั่วไป) นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2555.

แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Guidelines of stroke prevention in diabetic patients and hypotension patients

Somdet hospital, Kalasin

จุฑาทิพย์ คนตรง¹

Jutatip Khonthrong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 325 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ กระบวนการกลุ่ม แบบบันทึก ทะเบียน แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า 1) จากผลการศึกษาทำให้มี 1.1) แนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วย ในระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล 1.2) มีแผนกลยุทธ์ ในการดำเนินงาน 8 กลยุทธ์ ประกอบด้วย การพัฒนาระบบสารสนเทศ การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง การพัฒนาระบบส่งต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้บริการ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย มาตรฐานการรักษา และ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) ความคิดเห็นของบุคลากรต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ พบว่า ผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเจ้าหน้าที่งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.00 S.D.=0.74) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =2.51 S.D.=0.46)

คำสำคัญ : แนวทาง , เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was action research aimed to studied guidelines of stroke prevention in diabetic patients and hypotension patients Somdet hospital. Sample size were 325 diabetic patients and hypotension patients. Tools used in the study were group process Record form , register , Observation form And interviews. Data were analyzed by descriptive statistic and content analysis.

The results of the study were as follows 1) The results of the study 1.1) Patients care guideline for community , Sub-district Health Promoting Hospital and Hospital. 1.2) There are 8 strategic strategies in operation include Development of information system , Development of Screening Patterns , Development of refer system , Behavior changing , patient care network creation, Treatment standards and Knowledge management. 2) Staff opinion to guidelines of stroke prevention in diabetic patients and hypotension patients Somdet hospital finding administrator , stakeholder and non-communicable diseases official had opinion to operation in total and aspect were much level($\bar{X}$ =4.00 S.D.=0.74). Health behavior of diabetic patients and hypotension patients after guidelines of stroke prevention in diabetic patients and hypotension patients Somdet hospital action finding health behavior of diabetic patients and hypotension patients in total were much level ($\bar{X}$ =2.51 S.D.=0.46)

Keyword : guideline , diabetic and hypotension

¹ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้รายงานถึงสถานการณ์ โรคหลอดเลือดสมองว่าปี 2013 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกแต่ละปีประมาณ 5.7 ล้านคน ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ในประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี และพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่ทนทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ โดยร้อยละ 39 ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี⁽¹⁾

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90 ที่รอดชีวิต มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้เกิดความบกพร่องด้านต่างๆ เช่น ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านสติปัญญา ประสาทการรับรู้และการรับรู้ ด้านการสื่อสาร ความหมาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งมีปัญหาด้านสังคม และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม⁽²⁾ ซึ่งหลักฐานวิชาการในปัจจุบัน พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 80 โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ หรือการรับควัน บุหรี่จากผู้อื่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ ภาวะอ้วน บุคคลสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ด้วยการเริ่มต้นดูแลสุขภาพใส่ใจสุขภาพของตนเอง โดยการ หมั่นตรวจสุขภาพและลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะ สมองขาดเลือด ซึ่งสามารถปฏิบัติตนโดยรักษาความดัน โลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าเป็นโรคเบาหวานควรรักษา ระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด งดสูบบุหรี่และงดบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ

ประเทศไทย พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงอยู่ในอันดับที่สอง และสามของสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประเทศ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอัตราการตาย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556-2558 คิดเป็นร้อยละ 35.9, 38.7 และ 43.3 ตามลำดับ⁽³⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการ เฝ้าระวังและคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ถึง 6,109.12, 4,351.89 และ 261.05 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีอัตราสูง และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁽⁵⁾ เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2559 – มีนาคม 2560 แบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวางแผน (planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (action) ระยะที่ 3 การสังเกต (observation) และระยะที่ 4 การสะท้อนผล (reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และขึ้นทะเบียนในปี 2560 โดยไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษาความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และขึ้นทะเบียนในปี 2560 โดยไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง ของ Kejcic and Morgan⁽⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 325 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

1.1 การศึกษาบริบทวิถีการดำรงชีวิต ชุมชน ธรรมเนียมประเพณี ทรัพยากรชุมชน อัตลักษณ์ของชุมชน ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

1.2 การสังเคราะห์ และสร้างแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่

2.1 แบบบันทึก ทะเบียน แบบสังเกต

2.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

2. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ กำหนดค่าน้ำหนัก (Arbitrary Weighting Method) ของแต่ละลำดับ ซึ่งมีความหมายของคะแนนตามน้ำหนักของคำตอบดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
ระดับความคิดเห็นมากที่สุด	5
ระดับความคิดเห็นมาก	4
ระดับความคิดเห็นปานกลาง	3
ระดับความคิดเห็นน้อย	2
ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด	1

ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงกว้างระหว่างระดับเท่ากับ 0.80 Best, John W. (1981)⁽⁷⁾ ดังนี้

มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00

มาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20

ปานกลาง มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40

น้อย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60

น้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80

2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และมีข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ คือ ข้อเสนอแนะกำหนดค่าน้ำหนัก (Arbitrary Weighting Method) ของแต่ละลำดับ ซึ่งมีความหมายของคะแนนตามน้ำหนักของคำตอบดังนี้

ระดับการปฏิบัติ คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ 3

ปฏิบัติบางครั้ง 2

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1

ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงกว้างระหว่างระดับเท่ากับ 0.67 Best, John W. (1981)⁽⁷⁾(ดังนี้

สูง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00

ปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.68 – 2.33

ต่ำ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.67

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัยทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยวิธีตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ นำมาหาค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) บุญชม ศรีสะอาด.2545) มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำแบบสอบถามประเมินความรู้ไปทดลองใช้กับประชากร ซึ่งได้แก่ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง / งาน Stoke ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา-คอนบาค (Cronbach's Alpha)¹⁰ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.81 และ .079 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินบุรี แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 การวางแผน (planning) โดยการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินบุรี ประกอบด้วยประเด็นดังนี้ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การสังเคราะห์ และสร้างรูปแบบการดำเนินงาน

2. ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (action) โดยการนำแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินบุรี ไปใช้ในพื้นที่ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล

3. ระยะที่ 3 การสังเกต (observation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการนำแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินบุรี ไปใช้ได้แก่ ความคิดเห็นต่อรูปแบบการดำเนินงาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (reflection) ทำการสรุปผล ถอดบทเรียน สังเคราะห์องค์ความรู้ และประเมินแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินบุรี เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการแก้ปัญหา ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิเคราะห์เรื่อง “แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินบุรี” ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเจ้าหน้าที่งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หลังใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่าบริบทของพื้นที่ใน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และบุคลากร สาธารณสุขขาดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ตามบริบทของพื้นที่ และเหมาะสมกับผู้ป่วยด้านการให้บริการ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ ขาดการบริการที่เป็นระบบ มีประสิทธิภาพและยืดหยุ่นเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลยังไม่เสถียร ข้อมูลสูญหายบ่อย/ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูลระดับจังหวัด/ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในพื้นที่ได้ระบบการส่งต่อ ขาดการประสานงานอย่างเป็นระบบ/การส่งต่อล่าช้า

1.2 การสังเคราะห์แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.2.1 มีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วย เป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล

1.2.2 มีแผนกลยุทธ์ ในการดำเนินงาน 8 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบสารสนเทศ 2) การ

พัฒนารูปแบบการคัดกรอง 3) การพัฒนาระบบส่งต่อ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) การให้บริการ 6) การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย 7) มาตรฐานการรักษา และ 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. ผลการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบว่า ผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเจ้าหน้าที่งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$ S.D.=0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรค การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารการพัฒนากระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม กระบวนการให้บริการการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ได้มาตรฐานการพัฒนาและสร้างองค์ความรู้

2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.51$ S.D.=0.46)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สรุปและอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการ⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดการบูรณาการ⁽⁹⁾ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ⁽⁵⁾ คือ การวางแผน (planning) โดยการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ประเด็นดังนี้ 1) การศึกษาบริบทของชุมชน ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ สถานะสุขภาพ ระบบบริการ การจัดการ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการแก้ปัญหาโรคเบาหวาน 2) การสังเคราะห์สร้างแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การสังเคราะห์แนวปฏิบัติร่วมกับนโยบาย และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง นำแนวปฏิบัติมากำหนดกิจกรรมหลัก และกลุ่มเป้าหมาย และนำกิจกรรมหลักมาจัดทำแผนแม่บท ร่วมกำหนดเครือข่ายศูนย์เรียนรู้ และกำหนดโครงสร้างตลอดจนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการปฏิบัติตามแผน (action) โดยการนำแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ในพื้นที่ ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 18 อำเภอ การสังเกต (observation) โดยการศึกษาผลการนำแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ และการสะท้อนผล (reflection) ทำการสรุปผล ถอดบทเรียน สังเคราะห์องค์ความรู้ และประเมินรูปแบบในการแก้ปัญหา และนำมากำหนดเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบท ประกอบด้วย แนวปฏิบัติ แผนแม่บท โดยมีเครือข่ายศูนย์เรียนรู้ และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน โดยมี คณะกรรมการจัดการความรู้ (System manager) เป็นศูนย์กลาง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาโดยใช้หลักการบูรณาการ และใช้กระบวนการกลุ่มในการพัฒนาทำให้เกิดแนวทางแก้ปัญหาที่มีความเชื่อมโยง โดยการนำสิ่งที่มีอยู่อย่างแยกส่วนไม่เชื่อมโยงกัน มาทำให้เป็นระบบที่มีความสมบูรณ์มาก เป็นการการจัดโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ใหม่ โดยมีการประสานงานอย่างเชื่อมโยงกัน เป็นการผสมผสานศักยภาพระหว่างกันเพื่อช่วยให้แต่ละฝ่ายใช้ศักยภาพ

หรือความถนัด หรือจุดเด่นแต่ละด้านผสมผสานกัน ทำให้ประหยัดทรัพยากรและเวลา ช่วยให้เกิดผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ลดความซ้ำซ้อนในสิ่งต่างๆ ที่เหมือนกัน ทำให้เกิดแนวทางในการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคเบาหวานที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ คงฤทธิ์ วันจรรณู (2556)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 ซึ่งได้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการดำเนินการศึกษา ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนทดลอง

2. จากผลการใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้ ระดับความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเจ้าหน้าที่งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากระบวนการในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในระดับพื้นที่ มีความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพินญา คงเจริญ (2556)⁽¹¹⁾ เรื่องผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิยะการ แสงหัวช้าง (2556)⁽²⁾ เรื่องผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการดำเนินงานพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ ผู้บริหาร ชุมชน ท้องถิ่น บุคลากร มีการทำงานไปในทิศทาง

เดียวกัน ให้ความร่วมมือ ในการดำเนินงานการป้องกันสุขภาพได้อย่างดีเยี่ยม

2. ควรมีการกำหนดมาตรการ หรือนโยบายของชุมชน ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนครัวเรือนให้มีการปลูกและกินผักปลอดสารพิษ เป็นต้น มีการปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง จริงจัง และมีความต่อเนื่อง

3. ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงรับและเชิงรุก พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน และขยายผลหมู่บ้านต้นแบบ สู่หมู่บ้าน/ชุมชนอื่นที่ยังไม่ได้ดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. วรวิทย์ พัฒนโกธรัตน์. “ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเกาะพะลวย จังหวัดสุราษฎร์ธานี”, วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 29 (1): 145 – 153. มกราคม – มีนาคม, 2558.
2. วิยะการ แสงหัวช้าง. “ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง”, วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 30 (4): 260 – 273. ตุลาคม – ธันวาคม, 2556.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2559**. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. **รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**. กาฬสินธุ์:สำนักงาน, 2560.
5. Kemmis, S. and McTaggart, R.[2000]. **Participatory action research**. [online] Available form:http://en.wikipedia.org/wiki/Participatory_action_research [cited November 20,2014]
6. บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
7. Best, John W. **Research in Education**. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
8. Lewin, K. **Principles of psychology typology**. New York: McGraw-Hill.1936.
9. เกียรติศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. **การคิดเชิงบูรณาการ = Integrative thinking**. กรุงเทพฯ : ชักเชสมิเดีย, 2546.
10. คงฤทธิ์ วันจัญญ. ผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2556
11. สุพินญา คงเจริญ. “ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง”, **พยาบาลสาร**. 40 (1): 23 – 33. มกราคม – มีนาคม, 2556.

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
และการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ณ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม**
**The Effects of A Health Promoting Program with Husband's Participation on Health Responsibility
Behaviors and Stress Management During Pregnancy of Primigravida Adolescent at Renunakhon
Hospital, Nakhonpanom Province.**

กรรเจียก หาญวงศ์¹ ดวงกมล ปิ่นเฉลียว² ทิพย์มัมพร เกษโกมล²

Kunjiak Hanwong¹ Duangkamol Pinchaleaw² Thipkhumporn Keskomon²

บทคัดย่อ

การวิจัยทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คู่มือการผ่อนคลายความเครียด สมุดบันทึกกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสามี และ 2) แบบสอบถามความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research were to study the effects of a health promoting program with husband's participation on health responsibility and stress management in primigravida adolescent pregnant between the group which received a health promoting program with husband's participation and the group which received conventional care.

The samples were 46 primigravida adolescent pregnant who receiving antenatal service at the Renunakhon Hospital, Nakhonpanom Province, and they were divided into the experimental group (23) and the control group (23). The research instrument was divided in two parts: (1) the health promoting program with husband's participation consisting of a lesson plan, a handbook of adolescent pregnant, a stress relaxation handbook, and a husband's participation record form and (2) the health responsibility behaviors and stress management behavior questionnaires, and the reliabilities of these two questionnaires were .88 and .84 respectively. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results revealed that the mean scores on health responsibility and stress management behaviors of the experimental group were significantly higher than the control group ($p < .001$).

¹ นักศึกษาลัทธิสุตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง, อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น (Teenage pregnancy) เป็นปัญหาด้านสุขอนามัยแม่และเด็กและสังคมของประเทศไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือเป็นภาวะเสี่ยงสูง (High Risk Pregnancy) เนื่องจากพัฒนาการทางร่างกายยังไม่สมบูรณ์เพียงพอสำหรับการตั้งครรภ์⁽¹⁻²⁾ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ สูงถึง 2-3 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี⁽³⁻⁴⁾ ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) จากภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง⁽⁵⁻⁷⁾ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา⁽⁸⁻⁹⁾ การติดเชื้อต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ^(3,9) และภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์⁽¹⁰⁻¹¹⁾ โดยพบอัตราการตายจากภาวะนี้สูงเป็น 3.5 เท่าของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี⁽¹²⁻¹³⁾ และพบว่า อัตราการตายในกลุ่มมารดาและทารกจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ยังคงเกิดขึ้นค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของสตรีตั้งครรภ์ นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ อารมณ์แปรปรวนง่ายจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดความรู้สึกผิด โกรธ กลัว วิตกกังวล และ สับสนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะถ้าการตั้งครรภ์ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว หรือเพื่อนก็จะยิ่งเพิ่มความเครียด ขาดความมั่นใจในตนเองและรู้สึกไม่มีคุณค่า⁽⁴⁾ บางคนพยายามปกปิดการตั้งครรภ์ ไม่กล้าบอกเรื่องการตั้งครรภ์กับครอบครัว และทำให้ไม่กล้ามาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า มักจะขาดความสนใจในการดูแลตนเอง⁽⁹⁾ ซึ่งจะเห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือเป็นภาวะวิกฤติทั้งภาวะวิกฤติตามวุฒิภาวะและภาวะวิกฤติจากการตั้งครรภ์ ถ้าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม จะยิ่งส่งผลเสียต่อตนเองและทารกในครรภ์ ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จะช่วยให้มีความปลอดภัยจาก

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการที่หญิงตั้งครรภ์จะปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีนั้นส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคือ สามี ถือเป็นแหล่งข้อมูลเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเห็นได้จากหลายการศึกษา พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามีจะมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ มีกำลังใจ รู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการความเครียดที่ดี⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ รวมทั้งมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาและช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถผ่านช่วงระยะเวลาวิกฤติไปได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁸⁾

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม ในปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 47.82, 52.23 และ 64.55 ตามลำดับ และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 40.57, 41.79 และ 58.22 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางร้อยละ 17.39, 14.92 และ 25.44 คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.50, 10.44 และ 17.72 และทารกเสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์มารดา ร้อยละ 2.89, 2.98 และ 1.26 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 12.50, 19.40 และ 21.51 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 10 และ 7 อีกทั้งระบบบริการสาธารณสุขสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังไม่ได้แยกเฉพาะ โดยจะได้รับบริการฝากครรภ์ตามปกติร่วมกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยการชักประวัติ ตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด ให้การปรึกษา ก่อนตรวจเลือด ตรวจครรภ์ และ ให้ความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ โดยมีสามี/ญาติเข้าร่วมรับฟังอย่างน้อย 1 ครั้ง บางรายสามีหรือญาติไม่ได้เข้าร่วมตามที่

กำหนด และทำให้ความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำในภาพรวมของการตั้งครรภ์ ไม่ได้เน้นการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญในประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นที่จำเป็นต้องเรียนรู้ และนำไปปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ เพื่อช่วยลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในรายรุ่นดังกล่าว นอกจากนี้การให้บริการฝากครรภ์ตามปกติที่ผ่านมา ยังไม่เน้นการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์อย่างจริงจัง

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์รูปแบบส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์⁽¹⁹⁾ เน้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การลดหรือจัดอุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับ แนวทางการจัดการกับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2555)⁽²⁰⁾ และ แนวคิดการมีส่วนร่วมของสามี มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นครั้งแรก โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม โดยเฉพาะพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียด โดยให้สามีมีส่วนร่วมรับทราบข้อมูล รับฟังร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการให้ความรักความเอาใจใส่ และการทำหน้าที่แทนในงานบ้านต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ดีและมีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ส่งผลให้มารดาและทารกในครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดี มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นครั้งแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เปรียบเทียบการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นครั้งแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The two group pretest - posttest design) ของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นครั้งแรกที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาตั้งแต่ เดือน เมษายน - กรกฎาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นครั้งแรกครั้งแรกที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม และสามีของสตรีตั้งครรภ์รายรุ่น ระหว่างเดือน เมษายน 2559 ถึง เดือน กรกฎาคม 2559 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ระดับความเชื่อมั่นที่ α เท่ากับ .01 ค่า effect size เท่ากับ 1.4 อำนาจการทดสอบ .95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน ปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 จำนวนทั้งสิ้น 46 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน ที่ 1 การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (random sampling) โดยการจับฉลาก 2 ใบ ใบที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง สลับกันเช่นนี้จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 23 คู่ ให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ อายุครรภ์ และระดับการศึกษาในระดับเดียวกันหรือเทียบเท่ากันได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹⁹⁾ แผนการสอนเรื่องพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์รายรุ่น คู่มือการผ่อนคลายความเครียด คู่มือปฏิบัติตัวสำหรับคุณแม่มีมือใหม่ เรื่องสุขใจได้เป็นแม่ และ

คู่มือปฏิบัติสำหรับคุณพ่อกับแม่ใหม่ เรื่องสุขใจได้เป็นพ่อของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2557)⁽²¹⁾

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ สมุดบันทึกกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และ แบบบันทึกการกระตุ้นเตือนและติดตามทางโทรศัพท์

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ของ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2544) และแบบสอบถามการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ อรุณา สอนพา (2547)⁽²²⁾ ร่วมกับแนวทางการจัดการกับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2555)⁽²¹⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี แผนการสอนเรื่องพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คู่มือการผ่อนคลายความเครียด สมุดบันทึกกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสามี แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และ แบบบันทึกการกระตุ้นเตือนและติดตามทางโทรศัพท์ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่าความหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88, 0.95, 0.9, 0.8, 1.0, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ และหาความเที่ยงของแบบสอบถามความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ แบบสอบถามการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการความเครียดสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และดำเนินการทดลองโดยกลุ่มควบคุม

ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีและการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการความเครียด การลด/ขจัดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ๆ ละ 2-5 คู่ จำนวน 4 ครั้ง โดยกิจกรรมที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง กระตุ้นเตือนและติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 1 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการความเครียดสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 12/2559

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 17-19 ปี ร้อยละ 78.3 และ อายุครรภ์อยู่ในช่วง 14-20 สัปดาห์ ร้อยละ 82.61 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ระดับการศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งในกลุ่มทดลองจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 52.2 ส่วนกลุ่มควบคุมจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช มาก

ที่สุด ร้อยละ 47.8 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม อยู่ใน ช่วง 5,001-10,000 บาท โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.9 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 47.8 และทั้งสองกลุ่มมีรายได้/เดือนเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 91.3 และ 82.6 ตามลำดับ สำหรับการวางแผนการตั้งครรภ์ ในกลุ่มทดลองร้อยละ 52.2 ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีการวางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 65.2 ส่วนข้อมูลสามีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า สามีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 56.5 และ 82.6 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลอง จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 30.4 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมจบ

ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช มากที่สุด ร้อยละ 47.8 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 30.4

2. พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

การเปรียบเทียบพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการมีส่วนร่วมของสามีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=46)

พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	3.88	.47	มาก	4.08	.47	มาก	1.442	.156
หลังการทดลอง	4.58	.25	มากที่สุด	4.35	.33	มาก	-2.678	.010
กลุ่มทดลอง	3.88	.47	มาก	4.58	.25	มากที่สุด	-10.880	.000
กลุ่มควบคุม	4.08	.47	มาก	4.35	.33	มาก	-6.082	.000

จากตาราง 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนทดลองในกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.88 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.08 และอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

หลังทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.58 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.35 อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับมากตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ วิธีวิธีการทางสถิติ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=46)

พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	3.88	.47	มาก	4.58	.25	มากที่สุด	-10.880	.000
กลุ่มควบคุม	4.08	.47	มาก	4.35	.33	มาก	-6.082	.000

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่ม

ทดลองก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการมีส่วนร่วมของสามี เท่ากับ 3.88 และหลังได้รับโปรแกรม

เท่ากับ 4.58 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มควบคุมก่อนการ ทดลอง เท่ากับ 4.08 และ หลังการทดลอง เท่ากับ 4.35 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 เช่นเดียวกัน จะ เห็นว่า พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพรวมกับการมีส่วนร่วมของสามี มีการเปลี่ยนแปลง จากระดับมาก เป็น ระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุมยังคง อยู่ในระดับเท่าเดิม คือ ระดับมาก

3. การจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก

เปรียบเทียบการจัดการกับความเครียดของสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกัน สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ด้านการเพิ่มความ ทานต่อความเครียด และด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ของร่างกายที่มีต่อความเครียด โดยเปรียบเทียบก่อนและ หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดัง ตารางที่ 3 - 8

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการกับความเครียดก่อนการทดลองของสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=46)

การจัดการกับความเครียด	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการป้องกันสถานการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเครียด	22.17	4.18	ปาน กลาง	22.91	2.71	ปาน กลาง	.711	.481
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อ ความเครียด	22.39	4.10	ปาน กลาง	24.13	3.77	ปาน กลาง	1.498	.141
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ของร่างกายที่มีต่อความเครียด	21.91	2.61	ปาน กลาง	22.26	2.18	ปาน กลาง	.491	.626
โดยรวม	66.48	9.41	ปาน กลาง	69.30	7.55	ปาน กลาง	1.123	.267

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยของ คะแนนการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวม เท่ากับ 66.48 และ 69.30 ตามลำดับ และอยู่ในระดับปานกลางทั้งสอง กลุ่ม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการ กับความเครียด ของกลุ่มทดลองด้านการ ป้องกัน สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ด้านการเพิ่มความ ทานต่อความเครียด และด้านการจัดการกับปฏิกิริยา

ของร่างกายที่มีต่อความเครียด เท่ากับ 22.17, 22.39 และ 21.91 กลุ่มควบคุม เท่ากับ 22.91, 24.13 และ 22.26 ตามลำดับ และอยู่ในระดับปานกลางเหมือนกันทั้งสอง กลุ่ม เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการ จัดการกับความเครียดโดยรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการกับความเครียดหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=46)

การจัดการกับความเครียด	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	26.91	2.69	สูง	25.00	3.36	ปานกลาง	-2.131	.039
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	28.87	2.80	สูง	26.00	3.86	ปานกลาง	-2.885	.006
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียด	25.52	1.38	สูง	23.43	2.52	สูง	-3.486	.001
โดยรวม	81.30	6.13	สูง	74.43	8.30	ปานกลาง	-3.191	.003

จากตาราง 4 พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวม เท่ากับ 81.30 และ 74.43 ตามลำดับ และอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการกับความเครียดโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .003

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการกับความเครียดด้านการป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียดในกลุ่มทดลองเท่ากับ 26.91, 28.87 และ 25.52 และอยู่ในระดับสูงทั้งสามด้าน ส่วนกลุ่มควบคุม

เท่ากับ 25.00, 26.00 และ 23.43 อยู่ในระดับปานกลาง, ปานกลาง และ สูง ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการกับความเครียดทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .039 .006 และ .001 ตามลำดับ แสดงว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก มีการจัดการความเครียดของตนเองได้ดีขึ้น โดยเปลี่ยนแปลง จากระดับปานกลาง เป็น ระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงเพียงด้านเดียว คือ ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียด สำหรับด้านอื่นๆ ยังคงอยู่ในระดับเท่าเดิม คือ ระดับปานกลาง

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง (n=23)

การจัดการกับความเครียด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	22.17	4.18	ปานกลาง	26.91	2.69	สูง	-8.118	.000
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	22.39	4.10	ปานกลาง	28.87	2.80	สูง	-9.921	.000
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียด	21.91	2.61	ปานกลาง	25.52	1.38	สูง	-8.582	.000
โดยรวม	66.48	9.41	ปานกลาง	81.30	6.13	สูง	-11.526	.000

จากตาราง 5 พบว่า ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ในกลุ่มทดลองโดยรวม เท่ากับ 66.48 หลังทดลอง เท่ากับ 81.30 และอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง

เท่ากับ 22.17, 22.39 และ 21.91 อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.91, 28.87 และ 25.52 และอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 เช่นเดียวกัน แสดงว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการมีส่วนร่วมของสามี สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก มีการจัดการความเครียดของตนเองได้ดีขึ้น โดยเปลี่ยนจากระดับปานกลาง เป็นระดับสูง

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มควบคุม (n=23)

พฤติกรรมจัดการกับความเครียด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	22.91	2.71	ปานกลาง	25.00	3.36	ปานกลาง	-7.259	.000
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	24.13	3.77	ปานกลาง	26.00	3.86	ปานกลาง	-3.450	.002
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียด	22.26	2.18	ปานกลาง	23.43	2.52	สูง	-3.687	.001
โดยรวม	69.30	7.55	ปานกลาง	74.43	8.30	ปานกลาง	-8.029	.000

จากตาราง 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการกับความเครียดก่อนการทดลอง ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มควบคุมโดยรวม เท่ากับ 69.30 หลังทดลอง เท่ากับ 74.43 และอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียด มีค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง เท่ากับ 22.91, 24.13 และ 22.26 อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 25.00, 26.00 และ 23.43 และอยู่ในระดับปานกลาง, ปานกลาง และสูง ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000,

.002 และ .001 ตามลำดับ แสดงว่า หลังทดลองสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในกลุ่มควบคุมมีการจัดการความเครียดได้ดีกว่าก่อนทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่มีระดับการจัดการความเครียดสูงขึ้นเพียงด้านเดียวหลังทดลอง คือ ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียด จากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ส่วนด้านอื่นๆ มีระดับเท่าเดิม คือ ระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการมีส่วนร่วมของสามี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่ง โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการมีส่วนร่วมของสามีที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพน

เดอร์⁽¹⁹⁾ โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกนึกคิด ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล มาเป็นกรอบในการกำหนดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่น่าแนวคิดนี้ไปใช้แล้ว พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลทางบวก ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽²³⁻²⁷⁾ นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวแล้ว อิทธิพลระหว่างบุคคล คือ สามีหรือครอบครัว ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่อบอุ่น และตระหนักถึงความสำคัญและคุณค่าในตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี^(22,27) จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึง นำมาจัดกิจกรรมซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกเกิด สามารถปฏิบัติพฤติกรรมความ รับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างเหมาะสม การฝึกปฏิบัติทักษะ ด้านต่าง ๆ โดยการบรรยายพร้อมสาธิต และให้กลุ่ม ตัวอย่างและสามีสมาชิกย้อนกลับจนเข้าใจอย่างถูกต้อง และใช้สื่อหลายรูปแบบ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มอบคู่มือปฏิบัติตัว สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อนำไปทบทวนที่บ้าน ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี) ซึ่งเริ่มมีความมั่นคงทาง จิตใจและอารมณ์มากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ ได้ดี

การส่งเสริมให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการ สนับสนุน ดูแลช่วยเหลือ และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ถือเป็นภาวะวิกฤติ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและ จิตใจ อารมณ์ไม่สุขสบายต่างๆ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ต้องการที่พึ่งมากขึ้น⁽²⁸⁾ ถ้าได้รับการสนับสนุนจากจาก ครอบครัวหรือสามีอย่างเพียงพอ จะทำให้มีความพึงพอใจ ต่อการตั้งครรภ์ และยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น สามารถ เผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี⁽²⁹⁾ ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปารณี แข็งแรง (2552)⁽²⁷⁾ ที่ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และการศึกษาของ ศิริพร บ้านคุ้ม (2556) พบว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่รับบริการ ฝากครรภ์โดยสามีมามีส่วนร่วมสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่รับ บริการฝากครรภ์ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิจกรรมการเยี่ยมบ้านและกระตุ้นเตือนทาง โทรศัพท์ ทำให้ทราบบริบทที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง และ ได้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและสามี รวมทั้ง สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชน ซึ่งจะช่วยให้รู้จักและเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพูดคุย ซักถาม พร้อมทั้งเกิดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลต่อ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร บุญมี (2552)⁽³⁰⁾ และกรุณา ประมูลสินทรัพย์ (2556)⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประยุกต์ตาม แนวคิดของ เพนเดอร์⁽¹⁹⁾ โดยการเยี่ยมบ้าน ระหว่างและ หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการ รับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านและ กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิด ความรู้สึกที่ดี มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมความ รับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอด 8 สัปดาห์

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกเกิด กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่อธิบาย ได้ว่า การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกเกิดได้รับ โปรแกรมที่ พัฒนาขึ้น โดยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

(19) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี และแนวทางการจัดการความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2555)⁽²⁰⁾ มาใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ประโยชน์ และมองเห็นผลดีในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น สามารถหาแนวทางในการจัดการกับความเครียด/ ขจัดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยเหตุผลดังที่ได้อภิปรายมาข้างต้น สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่นำแนวคิดนี้ไปใช้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หลังทดลองสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01^(22,27,31)

กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างและสามีเป็นราย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการผ่อนคลายความเครียด การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน สามารถปฏิบัติในการจัดการกับความเครียด อย่างเหมาะสม กล่าวคือ การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับความเครียดขณะตั้งครรภ์ สาเหตุของความเครียด ผลกระทบของความเครียดต่อมารดาและทารกในครรภ์ แนวทางในการจัดการกับความเครียด และบทบาทของสามีในการสนับสนุนหรือดูแลช่วยเหลือภรรยาในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งการฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยผู้วิจัยสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน จนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยให้แรงเสริมเป็นระยะเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นประโยชน์และคุณค่าในการปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้น โดยสามีร่วมรับฟังความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะพร้อมภรรยา และคอยสนับสนุนภรรยาในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และผู้วิจัยมอบคู่มือการผ่อนคลายความเครียดให้กลุ่มตัวอย่างนำไปทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติต่อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหา การอภิปรายกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล

เกี่ยวกับผลดีของการผ่อนคลายเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น และการลดอุปสรรคที่ขัดขวางการจัดการกับความเครียด พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการขจัดอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น และเกิดการเรียนรู้ทักษะที่ช่วยส่งเสริมให้สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองทั้งด้านป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และด้านการจัดการกับปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์

การที่สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือ และกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่ รู้สึกอบอุ่น มีคุณค่า เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติในการผ่อนคลายความเครียดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสามีเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด ไว้วางใจ และต้องการให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด⁽³²⁾ อีกทั้งเป็นการตั้งครรภ์แรกของกลุ่มตัวอย่าง จึงขาดความรู้และประสบการณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดได้ง่าย และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ถ้าหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสามีอย่างเพียงพอ จะทำให้มีความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ และยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น และสามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี ในการเข้าร่วมกิจกรรมของสามี สามีจะได้รับความรู้และทักษะต่างๆ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพและการจัดการกับความเครียดเช่นเดียวกับภรรยา รวมทั้งบทบาทของสามีในการดูแลสุขภาพและจัดการกับความเครียดของภรรยาขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อให้สามีเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องในการที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือ/สนับสนุนให้ภรรยาปฏิบัติในการจัดการเมื่อมีความเครียดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยสามีจะบันทึกกิจกรรมการมีส่วนร่วมดังกล่าวลงในสมุดบันทึกกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่สามีดูแลช่วยเหลือ แนะนำ และแก้ไขปัญหาด้านการจัดการความเครียดของภรรยา จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ

หลายการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามี มีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01^(22,25,27)

สำหรับกิจกรรมเยี่ยมบ้านและกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ โดยการสอบถามปัญหาสุขภาพ อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ การให้ข้อมูลเพิ่มเติม การชี้แนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และร่วมกันแนวทางแก้ไขปัญหาแก่กลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกที่ดี เกิดความตระหนักถึงการจัดการเมื่อมีความเครียด มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนำไปสู่การปฏิบัติการจัดการความเครียดอย่างถูกต้องต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

จากการศึกษาครั้งนี้ จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการลด/ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการความเครียดในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือภรรยา ด้วยการจัดกิจกรรม โดยนำแนวคิดรูปแบบส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2011)⁽¹⁹⁾ เน้นการมีส่วนร่วม แนวทางการจัดการความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2555)⁽²⁰⁾ มาประยุกต์ใช้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของสามีเกิดการเรียนรู้ที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการความเครียดได้อย่างถูกต้อง เกิดการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม

ส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีพัฒนาขึ้นสามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมนี้มีพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการความเครียด การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์ เพื่อให้สามารถให้บริการแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างครอบคลุม
2. จัดให้บริการความรู้และฝึกทักษะให้แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกคนที่มาใช้บริการฝากครรภ์ เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น
3. นำรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการแก่สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เช่น มารดาเพื่อนสนิท เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางคนไม่มีสามีหรือสามีไปทำงานที่อื่น ไม่ได้อยู่ด้วยตลอดเวลา ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ควรมีการวิจัยติดตาม ประเมินระดับความเครียดอย่างต่อเนื่องจนถึงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์
3. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวจนถึงหลังคลอด เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ทั้งด้านมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

1. Murray, S.S., Mc Kinney, E.S. (2009). *Foundations of Maternal-Newborn Nursing* (4th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.

2. อุ่นใจ กออนันตกุล. (2551). *การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
3. Story, M. & Stang, J. (2000). *Nutrition and the pregnancy Adolescent: A Practical Reference Guide*. Minnesota: University Minnesota.
4. ศรีนวล โอสดเสถียร. (2554). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเฉพาะ. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์* (หน่วยที่ 5, หน้า 271-274). นนทบุรี: สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
5. World Health Organization (WHO). (2006). *Pregnant adolescent Delivering on global promises of hope*. Geneva: The Organization.
6. กฤษณา บัวแสง. (2553). ผลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลบางละมุง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 27(3), 155-162.
7. สมพงษ์ กิตติพิบูลย์. (2553). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลตราด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 27(2), 107-114.
8. นันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). การพยาบาลสตรีมีครรภ์วัยรุ่น สตรีมีครรภ์สูงวัย สตรีมีครรภ์ไม่พึงประสงค์ สตรีมีครรภ์ที่ใช้สารเสพติด และสตรีมีครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง. ใน นันทพรแสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์เล่ม 3 : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน*. (น.157-175). เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
9. Davidson, M., London, M., Ladewig, P. (2014). *Olds' Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Across the Lifespan* (9th ed.). United States of America : Pearson Education Limited.
10. วรพงศ์ ภู่งศ์. (2549). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน วีระพล จันทร์ศิยังและจิตติ หาญประเสริฐพงษ์ (บ.ก.). *นรีวิทยาเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ชานเมืองการพิมพ์.
11. Lowdermilk, D.L. & Perry, S.E. (2006). *Maternity Nursing* (7th ed.). St. Louis Missouri: Mosby.
12. สุวิทย์ เคนศิริอักษร. (2551). อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลหนองคาย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 52 (5), 321-330.
13. วิทยา ถิฐาพันธ์. (2553). ผลกระทบต่อมารดาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน *การประชุมวิชาการครั้งที่ 3 ปี 2553 เรื่อง วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนด ปัญหาที่ท้าทาย*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ พรินต์ติ้งเอนด์พับลิชชิ่ง.
15. รพีพร ประกอบทรัพย์. (2541). การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
16. จีระภา มหาวงศ์. (2551). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
17. เพ็ญศักดิ์ สุขสิงห์. (2552). ปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดจันทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
18. นิธิดา สมอหอม. (2552). การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ใน ระยะไตรมาสที่สอง (รายงานการศึกษายอสรปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
19. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion In Nursing Practice* (6th ed.). Boston: Pearson Education.
20. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือคลายเครียด* (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.
21. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น*. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
22. อรุณา สอนพา. (2547). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
23. ศรีสุดา แสงไสยาสน์. (2556). ปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
24. กรุณา ประมูลสินทรัพย์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพฯ.
25. นิชชา จิมอาษา. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลพระอาจารย์เบน ชนาโร อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดสกลนคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

26. ลำพูน วรจักร. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
27. ปาริณี แข็งแรง. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากครอบครัว ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกโรงพยาบาลมหาสารคาม (รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
29. Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A. & Weingarten, C.T.(1995). *Nursing care of the Childrearing Family* (2nd ed.). CA: Appletion and lange.
30. สุภาพร บุญมี. (2552). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในชายวัยทอง อำเภอประทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
31. สุภาวดี เงินยิ่ง. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการจัดการกับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
32. เพ็ชรรัตน์ ตั้งตระกูลพงศ์. (2546). ปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพภรรยาขณะตั้งครรภ์ในเขตจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Effects of a Nutritional Promoting Program on Food Consumption Behaviors and a Hematocrit level in Iron Deficiency Anemia Pregnant Women at Health Promoting Hospital, Meuang District, Nakhonsithammarat Province.

วัลลภา ดิษสระ¹ ดวงกมล ปิ่นเฉลียว² สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล²

Wanlapa Dissara¹ Duangkamol Pinchaleaw² Somjai Puttapitukpol²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย คู่มือโภชนาการ แบบบันทึกการบริโภคอาหาร โมเดลอาหาร และ (2) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และมีค่าความเที่ยง 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิลคอกซอน-ซายน์ แรงค์เทส และแมน-วิทนี ยูเทส

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effects of a nutritional promoting program on food consumption behaviors and a hematocrit level in iron deficiency anemia pregnant women. The conceptual model used in this study was Pender's health promotion model. The sample was 60 iron deficiency anemia pregnant women receiving antenatal service at the health promoting hospital Aumper Meuang, Nakhonsithammarat Province, and they were divided into experimental group (30) and control group (30). The experimental group received the nutritional promoting program; while, the control group received conventional nursing care. The research instrument consisted of two parts: (1) the nutritional promoting program include a nutritional handbook, a food consumption record form, and a food model and (2) the food consumption behavior questionnaire which was verified by five experts. Content validity of questionnaires was .94, and the reliability was .80. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed rank test, and Mann-Whitney U test.

The results revealed that the mean scores of the food consumption behaviors and the hematocrit level of the experimental group were significantly higher than the control group ($p < .001$).

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Keywords: Nutritional Promoting Program, Iron Deficiency Anemia, Pregnant women

บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ สาเหตุเนื่องจากร่างกายมีความต้องการสารอาหารปริมาณมากในการสร้างเม็ดเลือดแดงและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ อีกทั้งทารกในครรภ์ดึงธาตุเหล็กจากมารดามากขึ้นเพื่อไปสะสมที่ตับไว้ใช้ในระยะหลังคลอด ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์จึงมีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของมารดาและทารกในครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอหรือมีปัญหาในการดูดซึมธาตุเหล็ก ก็จะเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการตั้งครรภ์ ทำให้ร่างกายมีการเพิ่มปริมาณพลาสมา (plasma) มากกว่าเม็ดเลือดแดง ส่งผลให้ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลงในระยะไตรมาสที่ 2 ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ก็จะทำให้ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด กล่าวคือเสี่ยงต่อการแท้งบุตร เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁽¹⁾ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย คลอดก่อนกำหนด อาจมีภาวะตกเลือดรุนแรงจนกระทั่งเกิดภาวะช็อก จนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม⁽²⁾

จากข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 17.8, 19.1 และ 23.6 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁽³⁾ ในขณะที่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต้องการลดให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10 และจากการติดตามมารดาที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหลังคลอด ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 2.9, 1.7

และ 1.5 ภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 3.1, 1.0 และ 2.4 น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 1.5, 1.6 และ 1.0 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา, 2558)

ปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของมารดาและทารก ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป็นนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง ประเมินภาวะโภชนาการตามอายุครรภ์ และให้ยาเสริมธาตุเหล็กทุกราย อย่างไรก็ตามปัญหานี้ก็ยังคงอยู่ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องดังกล่าว ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารและการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก โดยส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การลด/จัดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม รับรู้ความสามารถของตนเอง และใช้สิทธิพลระหว่างบุคคล เช่นสามี หรือครอบครัว สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยป้องกันและควบคุมไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น และเกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการรับรู้เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถเปลี่ยนแปลงได้⁽⁴⁾ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ต่างๆเหล่านี้ ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โดยใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁴⁾ เน้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม ฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นสำหรับปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและ

สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับบริโภคนิสัยและวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของท้องถิ่น รวมทั้งการกระตุ้นเตือนและติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งคาดว่าจะมีประโยชน์ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีการเพิ่มของน้ำหนักเหมาะสมกับภาวะโภชนาการ ส่งผลให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปตามปกติ มารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เปรียบเทียบระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษครั้งนี้ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่คนละตำบล เพื่อป้องกันการส่งต่อข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการ มีค่า CVI เท่ากับ 0.94 คู่มือโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีค่า CVI เท่ากับ 0.94 แบบบันทึกการบริโภคอาหาร มีค่า CVI 0.94 และ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80 แบบบันทึกการติดตาม

เยี่ยมทางโทรศัพท์ มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ มีค่า CVI 0.94 และ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 60 คน กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบเปรียบเทียบ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-ranks test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 23.93 และ 23.83 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี ร้อยละ 40 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 53.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 63.3 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 86.7 และร้อยละ 93.3 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 60 อาศัยอยู่กับสามีและพ่อแม่ตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่กับสามีและลูก ร้อยละ 40

กลุ่มทดลองตั้งครรภ์ครั้งที่ 1, 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ขณะที่จะเข้าร่วมการวิจัย คือ 20 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองร้อยละ 53.4 และกลุ่มควบคุม ร้อย

ละ 60.0 กลุ่มทดลองมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 15-19 สัปดาห์ ร้อยละ 46.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 10-14 สัปดาห์ ร้อยละ 63.3 สำหรับการวางแผนการมีบุตรมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 63.3 ไม่ได้วางแผนการมีบุตร ส่วนกลุ่มควบคุมมีการวางแผนการมีบุตร ร้อยละ 60 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 100 ไม่พบอาการแทรกซ้อน เนื่องจากโรคโลหิตจาง ในขณะที่กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.3

ไม่มีอาการแทรกซ้อนเนื่องจากโรคโลหิตจาง และมีอาการแทรกซ้อน คือ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ร้อยละ 6.7

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	61.03	7.41	พอใช้	82.13	4.1	ดี	-4.787	.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	67.23	9.79	พอใช้	70.8	8.2	ดี	-3.847	.001

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมหลังได้รับ

การดูแลตามปกติสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง มีการเปลี่ยนแปลง จากระดับพอใช้เป็น ระดับดี ทั้งสองกลุ่ม

ตารางท 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

พฤติกรรมการบริโภค	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Z	p-value
	Mean	Sum of ranks	Mean	Sum of ranks		
ก่อนทดลอง	24.30	729.00	36.70	1101	-2.755	.006
หลังทดลอง	42.22	1266.0	18.78	563.5	-5.209	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่ม

ควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

3. เปรียบเทียบระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุ เหล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3 - 5

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซิดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ระดับความเข้มข้น เม็ดเลือดแดง	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			paired t- test	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	30.10	1.24	ไม่รุนแรง	35.17	1.28	ปกติ	-18.414	.000
กลุ่มควบคุม (n = 30)	30.20	1.06	ไม่รุนแรง	30.90	1.70	ไม่รุนแรง	-2.395	.023

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 และค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในกลุ่มควบคุมหลังทดลองสูงกว่า

ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .023 โดยระดับภาวะซิดในกลุ่มทดลองเปลี่ยนจากระดับไม่รุนแรง เป็นระดับปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงคืออยู่ในระดับไม่รุนแรง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซิดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ระดับความเข้มข้น เม็ดเลือดแดง	กลุ่มทดลอง(n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			Independent t- test	p-value
	M	S.D.	ระดับภาวะ	M	S.D.	ระดับ		
ก่อนทดลอง	30.10	1.24	ไม่รุนแรง	30.20	1.06	ไม่รุนแรง	-0335	.739
หลังทดลอง	35.17	1.28	ปกติ	30.90	1.70	ไม่รุนแรง	10.91	.000

จากตาราง 4 พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

โดยระดับภาวะซิดในกลุ่มทดลองเปลี่ยนจากระดับไม่รุนแรง เป็นระดับปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงคืออยู่ในระดับไม่รุนแรง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ และระดับภาวะซึด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ระดับภาวะซีด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการทดลอง					
28 - 30 %	20	66.67	20	66.67	ปานกลาง
31 -33 %	10	33.33	10	33.33	ไม่รุนแรง
> 33 %	-	-	-	-	ปกติ
หลังการทดลอง					
28 - 30 %	-	-	15	50	ปานกลาง
31 -33 %	2	6.67	14	46.67	ไม่รุนแรง
> 33 %	28	93.33	1	3.33	ปกติ

จากตาราง 5 พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีภาวะซึดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 ระดับภาวะซึดไม่รุนแรงร้อยละ 33.33 ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะซึด ร้อยละ 93.33 และมีภาวะซึดระดับไม่รุนแรงร้อยละ 6.67 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 3.33 ภาวะซึดระดับไม่รุนแรงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33เป็นร้อยละ 46.67 และมีภาวะซึดระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 66.67 เหลือร้อยละ 50

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .000 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁴⁾ โดยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สาเหตุ ผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ การป้องกันและควบคุมโรค โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ และแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ

ที่ถูกต้อง และมีความเชื่อในประโยชน์ที่จะได้รับ มีการฝึกทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งแก่ การคำนวณพลังงานและปริมาณธาตุเหล็กอย่างง่าย การแลกเปลี่ยนอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นผักประจำท้องถิ่นที่มีธาตุเหล็กสูงมาจัดทำเป็นเมนูอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งฝึกบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อประเมินปริมาณและสัดส่วนของอาหารและธาตุเหล็กที่ได้รับว่าเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ ได้รับความรู้และการฝึกทักษะต่างๆแล้วกลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตระหนักถึงประโยชน์และคุณค่าในการปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง และสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตนเองมารับประทาน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเพนเดอร์⁽⁴⁾ ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีผลโดยตรงในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และสอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็ม⁽⁵⁾ มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้ สามารถได้มีการตัดสินใจ และพัฒนาความสามารถที่จะกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อไปสู่เป้าหมายและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวรรณ รวีบำรุง (2548)⁽⁶⁾ ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรม

การรักษาภาวะโลหิตจางและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ความรู้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผู้วิจัยให้ความรู้ถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ การดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมภาวะโภชนาการ สามารถนำความรู้มาพัฒนาตนเองนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการดูแลตนเอง⁽⁷⁾ การได้รับความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้อง จะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดกับมารดาและทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารที่ครบทั้ง 5 หมู่ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูงโดยเฉพาะผักพื้นบ้านประจำถิ่น สามารถปรุงอาหารหรือเลือกอาหารให้เหมาะสมได้ตามแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็กเพียงพอ กับความต้องการขณะตั้งครรภ์ เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติจริงอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

ผู้วิจัยใช้การอภิปรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการลด/จัดอุปสรรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางที่หลากหลายและสามารถเลือกนำมาใช้ที่เหมาะสมกับตนเอง และผู้วิจัยมอบคู่มือโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพื่อนำไปทบทวนที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติในการแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งมอบสมุดบันทึกการรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก โดยให้บันทึกปริมาณอาหารในแต่ละวัน เพื่อกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารที่มี

คุณค่าและมีธาตุเหล็กสูง ในปริมาณและสัดส่วนที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย และมีความรับผิดชอบในการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ อริยา จิรณานวัณน์ และรุ่งโรจน์ พุ่มรื้อว⁽⁸⁾ ที่พบว่า การใช้สมุดบันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ทำให้เกิดการกระตุ้นเตือนให้ มีความรับผิดชอบในการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้น

จากการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และยาจากสมุดบันทึก พบว่า ในสัปดาห์แรกกลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานและปริมาณธาตุเหล็กน้อยกว่าที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ ซึ่งกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับปริมาณพลังงาน 2,300 กิโลแคลอรีต่อวัน ปริมาณธาตุเหล็ก 18-20 มิลลิกรัมต่อวัน แต่หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมพบว่าในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานและธาตุเหล็กในแต่ละวันเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ อีกทั้งผู้วิจัยได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อทราบถึงปัญหาและอุปสรรค พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความตั้งใจและสะดวกในการบันทึก แต่จะมีหญิงตั้งครรภ์ 4 ราย ที่ไม่ค่อยได้ลงบันทึกผู้วิจัยจึงแนะนำให้ครอบครัวกระตุ้นเตือนและช่วยในการบันทึก ส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคล ดังที่เพนเดอร์⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ คือสามีหรือครอบครัว จะทำให้เกิดความรู้สึกรับรู้มั่นคงทางจิตใจ รู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ อบอุ่น และตระหนักถึงความสำคัญและคุณค่าในตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนทดลองเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 40 ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 มีประสบการณ์การฝากครรภ์ การคลอด การมีบุตร ทำให้เคยได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์และ

พยาบาลเป็นประจำเมื่อมารับการฝากครรภ์ หรืออาจได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโลหิตจางจากแหล่งอื่นๆ เช่น หนังสือ แผ่นพับ โทรทัศน์ หรือสนทนากับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กด้วยกันระหว่างรอรับการตรวจครรภ์ มีผลทำให้กลุ่มควบคุมสามารถพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการบริโภคได้

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง โดยหญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการอย่างครบถ้วน และสามารถลดอุปสรรคที่ไม่สามารถรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการที่มีธาตุเหล็ก และการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสูง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถเลือกรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็ก โดยเฉพาะผักและอาหารประจำถิ่นภาคใต้ และการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามแผนการรักษา ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการบริโภคที่ถูกต้อง เหมาะสม ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ติดตามการรับประทานอาหารการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ให้กำลังใจ ชมเชยและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร ผักประจำถิ่นภาคใต้ซึ่งมาดูลูกสูงและการรับประทานยาเม็ดเสริม

ธาตุเหล็กตามแผนการรักษา ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจ มีแรงจูงใจ เกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคที่ดีได้ต่อไปและส่งผลให้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการมาปรับใช้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยจัดทำเป็น guideline ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

2. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำรูปแบบโปรแกรมไปประยุกต์เป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการแก่ผู้รับบริการกลุ่มอื่น เช่น นักเรียน ผู้สูงอายุ เป็นต้น ที่มีปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการเป็นโปรแกรมที่มีประโยชน์ เพื่อให้เกิดการพัฒนางานวิจัยต่อไปควรขยายเวลาศึกษาโดยส่งเสริมภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่ง 6 สัปดาห์ หลังคลอด เพื่อประเมินระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงโดยเปรียบเทียบทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ควรศึกษาถึงสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น น้ำหนักแรกคลอด อาการผิดปกติต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. พวงน้อย สารรัตนกุล และสุรเกียรติ์ อาษานานุภาพ. (2549). กว่าจะเป็นแม่ผู้มีมือตั้งครรภ์คุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
2. ประเทือง เหลี่ยมพวงสาธุทิ, ชัยนัทรธร ปทุมานนท์, และชไมพร ทวีศรี. (2547). ผลของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกคลอดเมื่อครรภ์ครบกำหนดที่โรงพยาบาลลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 13, 559-566.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช,หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2558 (เอกสารอัดสำเนา)
4. Pender, N. J. Heath Promotion Model Manual. University of Michigan. Deep Blue. 2011
5. Orem D.E. (2001). Nursing : concept of practices. (6th ed.) St. Louis MO : Mosby.

6. สุภารัตน์ รื่นวรุณ. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลตากสิน. ตากสินเวชสาร, 23, 97-111
7. อัจฉรา ศรีนภาสวัสดิ์ และเครือวัลย์ ทองพันชั่ง. (2547). การพัฒนารูปแบบให้โภชนาศึกษาอย่างมีส่วนร่วมของคลินิกฝากครรภ์เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสาร โรงพยาบาลชลบุรี, 28, 3-9.
8. อริยา จิรณานันต์ และรุ่งโรจน์ พุ่มรื้อ. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล, 6, 23-29.
9. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). (2550) สรุปแนวทางการควบคุมป้องกันการขาดธาตุเหล็กในประชาชนไทย. กรุงเทพฯ.
10. Pender, N. J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk: Appleton & Lange.

การพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of guideline electrical energy saving of personnel Yangtalad hospital Kalasin province.

ศราวุธ แก้วโอกาส¹

Sarawut Keawopat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 292 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม แบบบันทึก ทะเบียน และแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการวิจัย พบว่า 1) แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาดประกอบด้วย กลยุทธ์ในการดำเนินงาน 3 กลยุทธ์ ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงาน การสร้างจิตสำนึกและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรให้มีการประหยัดพลังงาน และ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการลดใช้พลังงาน 2) ผลจากการดำเนินงานตามแนวทางพบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ พลังงานด้านความร้อน พลังงานด้านแสงสว่าง และพลังงานด้านความชื้น

คำสำคัญ : ประหยัดพลังงานไฟฟ้า

Abstract

This research was action research aimed to development of electrical energy saving behavior of personnel Yangtalad hospital. Sample size were 292 Yangtalad hospital staff. Size of sample by krejcie and Morgan table. Sampling by Stratified random sampling. Research tools were group process , record from , register and questionnaire. Data were analyzed by Frequency , Percentage , Mean and Standard deviation.

The results of the study were as follows 1) Development of guideline electrical energy saving of personnel Yangtalad include 3 Strategy namely Efficiency increasement power consumption , creating awareness and promote the participation of personnel to save energy and Follow up implementation of the energy efficiency action plan. 2) guideline result finding personal had total electrical energy saving behavior were very much Sort by average to descending as follows cold energy , light energy and thermal energy.

Keyword : electrical energy saving

¹ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ไฟฟ้าเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เราต้องใช้ไฟฟ้าตั้งแต่ตื่นเช้าจนถึงเข้านอน ชีวิตเราจะวุ่นวายมากแค่ไหน หากไม่มีไฟฟ้าใช้ เช่น ไม่มีแสงสว่าง ไม่มีลมเย็นจากพัดลมหรือเครื่องปรับอากาศ คอมพิวเตอร์ทำงานไม่ได้ ต้องเดินขึ้นตึกเพราะลิฟต์ไม่ทำงาน หรือเครื่องจักรไม่สามารถผลิตสิ่งของต่างๆ ที่ใช้ใน ชีวิตประจำวันให้เราได้⁽¹⁾

การผลิตไฟฟ้าในประเทศไทย ใช้ก๊าซธรรมชาติ เป็นเชื้อเพลิงในสัดส่วนที่สูงมากถึงร้อยละ 65 (จากแหล่ง ภายในประเทศร้อยละ 58 และแหล่งก๊าซพม่าร้อยละ 42 คิด เป็นกำลังการผลิต 5,600 เมกะวัตต์) อาจส่งผลกระทบต่อความ มั่นคงด้านพลังงานไฟฟ้าหากแหล่งก๊าซธรรมชาติเกิด ขัดข้อง ส่วนพลังงานหมุนเวียน เช่น พลังงานแสงอาทิตย์ และพลังงานลม ล้วนมีข้อจำกัดด้านประสิทธิภาพต่ำ จึงไม่ สามารถพึ่งพาได้ เพราะถ้าไม่มีแสงอาทิตย์ ไม่มีลม ก็ไม่มี ไฟฟ้าให้เราได้ใช้ ด้วยข้อจำกัดต่างๆ ของพลังงาน หมุนเวียนพลังงานทางเลือกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ปัจจุบัน คือ การพัฒนาโรงไฟฟ้าถ่านหินที่ใช้เทคโนโลยี ถ่านหินสะอาด⁽¹⁾

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความ ต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม แต่ ประเทศไทยมิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพา พลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ที่ปัจจุบันมีมูลค่า กว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการ เพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือการส่งเสริม ให้มีการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัดใน ทุกภาคส่วน คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555 ได้มีมติให้หน่วยงานราชการดำเนินมาตรการ ลดใช้พลังงานลงให้ได้อย่างน้อย 10% เพื่อเป็นตัวอย่าง ให้กับภาคเอกชน ภาคประชาชน ในการช่วยลดรายจ่าย ของประเทศโดยลดการนำเข้าน้ำมันจากต่างประเทศ⁽²⁾

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็น โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง มีอาคาร เกิน 10 หลัง และชำระค่าไฟฟ้า ปี 25 จำนวน 13,888,119.26 บาท , ปี

2553 ชำระค่าไฟฟ้า จำนวน 15,964,420.29 บาท , ในปี 2555 ชำระค่าไฟฟ้า จำนวน 18,109,473.95 บาท และในปี 2556 ชำระค่าไฟฟ้า จำนวน 18,225,586.99 บาท⁽³⁾ จาก ตัวเลขการจ่ายค่าไฟฟ้าชี้ชัดว่าเพิ่มขึ้น ถึงเวลาที่ต้อง แสวงหาช่องทางในการประหยัด ถ้าโรงพยาบาลมีมาตรการ ในการขอความร่วมมือ จากบุคลากรทุกตำแหน่ง เพื่อให้มี การประหยัดพลังงานอย่างแท้จริง น่าจะทำให้มีการ ประหยัดไฟฟ้าได้ตามนโยบายของรัฐบาล คือร้อยละ 10 และการที่จะได้มาซึ่งความร่วมมือดังกล่าว จำเป็นต้องมื การศึกษาวิจัย เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะ แนวทางที่เป็น วิชาการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาผลการนำแนวทางการประหยัด พลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์ ไปใช้

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ⁽⁴⁾ ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมี ส่วนร่วม⁽⁵⁾ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลยางตลาด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 เมษายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ บุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์ จำนวน 500 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มงานในโรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 13 กลุ่มงาน และบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 120 คน ได้มาโดยการใช้ตารางคำนวณกลุ่ม ตัวอย่างสำเร็จรูป ของเครจซี่ และมอร์แกน⁽⁶⁾ เนื่องจาก ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ มีลักษณะเป็นกลุ่มหรือ ชั้นภูมิ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิค กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ในการพัฒนาแนวทางการ ประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. แบบบันทึก ทะเบียนการใช้พลังงานไฟฟ้า โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. แบบสอบถาม (Questionnaires) สร้างโดยผู้วิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรม การประหยัดพลังงานไฟฟ้า ของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และการได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ การดำเนินงาน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำหรือ จำนวนลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การประหยัด พลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มี คำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ⁽⁷⁾ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
มาก เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)⁽⁸⁾

คะแนนเฉลี่ย แปลผล
4.21 – 5.00 มากที่สุด
3.41 – 4.20 มาก
2.61 – 3.40 ปานกลาง
1.81 – 2.60 น้อย
1 – 1.80 น้อยที่สุด

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Pre Research Phase) โดยการ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สภาพปัญหาการใช้พลังงานไฟฟ้า ของโรงพยาบาลยางตลาด โดยใช้แบบบันทึก ทะเบียน และวิเคราะห์โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ มาตรฐานการ ดำเนินงาน ตลอดจนกระบวนการดำเนินงาน และสภาพ การพัฒนา

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย (Research Phase) ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน โดยการสร้าง แผนปฏิบัติการ (Control) การประหยัดพลังงานไฟฟ้าของ บุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการตามแผน การนำแนวทางการประหยัด พลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์ ไปใช้

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluate Phase) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย การ สังเกต ติดตามผลการดำเนินงาน การให้สนับสนุนการ ดำเนินงาน และการประเมินผลการดำเนินงาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อย ละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำ ข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผล

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์มี ขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Pre Research Phase) ได้แก่ 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) วิเคราะห์สภาพปัญหาการใช้พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลยางตลาด โดยใช้แบบ บันทึก ทะเบียน และวิเคราะห์โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ มาตรฐานการดำเนินงาน ตลอดจนกระบวนการดำเนินงาน และสภาพการพัฒนา

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย (Research Phase) ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน ประกอบด้วย 1) การประชุม เชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ (Appreciation Influence Control: AIC) ประกอบด้วย การ

สร้างความรู้ (Appreciation) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) โดยการสร้างแผนปฏิบัติการ (Control) การประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ 1.1) การนำเสนอผลการศึกษาสภาพปัญหา จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 1.2) การปรับปรุงการพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้สอดคล้องกับคำแนะนำ และบริบทของโรงพยาบาล

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการตามแผน ประกอบ 1) การนำการพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ ได้แก่ 1.1) การสื่อสาร ถ่ายทอด ให้ความรู้ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 1.2) การจัดทำแผนพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อใช้เป็นแนวทาง และมาตรฐานการพัฒนา 1.3) การประเมินการพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการศึกษาความเหมาะสมของแนวทาง 2) การสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และผลประเมินการพัฒนา

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluate Phase) ประกอบด้วย 1) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย การสังเกต ติดตาม การดำเนินงาน การให้สนับสนุนการดำเนินงาน และการประเมินผลการดำเนิน 2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน การสะท้อนผล เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำข้อเสนอไปใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินงาน

2. แนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

2.1 โครงสร้างการดำเนินงาน

2.2 แผนปฏิบัติการลดใช้พลังงานโรงพยาบาลยางตลาด ประกอบด้วย

กลยุทธ์ที่ 1 การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานของโรงพยาบาลยางตลาด

มาตรการ 1) มีการจัดตั้งคณะทำงาน เพื่อดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการลดใช้พลังงาน 2) กำหนดมาตรการ แนวทางการประหยัดพลังงานในด้านไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง และอื่นๆ ที่ส่งผลให้การใช้พลังงานลดลง

3) ให้ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดจัดเก็บข้อมูล ให้มีประสิทธิภาพตามแนวทาง 4) กำหนดให้มีการประเมินผลทุก 6 และ 12 เดือน

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างจิตสำนึกและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรให้มีการประหยัดพลังงาน

มาตรการที่ 1 ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ เผยแพร่ดำเนินงานในการประหยัดพลังงานให้ทราบทั่วกันอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ 3 การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการลดใช้พลังงานของโรงพยาบาลยางตลาด

มาตรการ 1) ให้หัวหน้ากลุ่มงาน โรงพยาบาลยางตลาดควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานภายในหน่วยงาน ได้แก่ 1.1) ให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลยางตลาด ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานอย่างเคร่งครัด 1.2) พิจารณาปรับปรุงและแก้ไขอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด 1.3) ให้ผู้ดูแลรับผิดชอบการปฏิบัติตามมาตรการประหยัดพลังงานในกลุ่มงาน มีหน้าที่ตรวจสอบ กำชับ สั่งการ ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานให้ปฏิบัติตามมาตรการประหยัดอย่างเคร่งครัด 2) รายงานผลการติดตามประเมินผล รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน

3. ผลการดำเนินงานตามแนวทาง

3.1 พฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และจำแนกเป็นรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ทุกด้านเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ พลังงานด้านความเย็น พลังงานด้านแสงสว่าง และพลังงานด้านความร้อน

3.2 อัตราการใช้พลังงานไฟฟ้า ในปี 2560 มีแนวโน้มลดลง จากปี 2559 คิดเป็น ร้อยละ 10

สรุปและอภิปรายผล

จากการดำเนินงาน การพัฒนาแนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁽⁴⁾ โดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม มีขั้นตอนในการพัฒนา ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Pre Research Phase) ได้แก่ 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) วิเคราะห์สภาพปัญหาการใช้พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลยางตลาด โดยใช้แบบบันทึก ทะเบียน และวิเคราะห์โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ มาตรฐานการดำเนินงาน ตลอดจนกระบวนการดำเนินงาน และสภาพการพัฒนา ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย (Research Phase) ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้ววางแผน ขั้นที่ 2 ขั้วดำเนินการตามแผน และ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluate Phase) ประกอบด้วย 1) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย การสังเกต ติดตาม การดำเนินงาน การให้สนับสนุนการดำเนินงาน และการประเมินผลการดำเนิน 2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน การสะท้อนผล เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอไปใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินงาน จากผลการดำเนินงานทำให้ได้แนวทางการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย โครงสร้างคณะกรรมการการดำเนินงาน และ แผนปฏิบัติการลดใช้พลังงานโรงพยาบาลยางตลาด ประกอบด้วย 3 ได้แก่กลยุทธ์ที่ 1 การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานของโรงพยาบาลยางตลาด 4 มาตรการ กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างจิตสำนึกและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรให้มีการประหยัดพลังงาน 1 มาตรการ กล

ยุทธ์ที่ 3 การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการลดใช้พลังงานของโรงพยาบาลยางตลาด 2 มาตรการ จากผลการดำเนินงานตามแนวทาง พบว่าพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด และจำแนกเป็นรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ทุกด้านเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ พลังงานด้านความเย็น พลังงานด้านแสงสว่าง และพลังงานด้านความร้อน

อัตราการใช้พลังงานไฟฟ้า ในปี 2560 มีแนวโน้มลดลง จากปี 2559 คิดเป็น ร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ วลิตี ธีรนนตชัย (2547)⁽⁷⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าในระดับสูง และปัจจัยที่มีผลต่อการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าคือ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ทักษะเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า การมีประสบการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนตำแหน่ง ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และที่พักอาศัย ไม่ก่อให้เกิดการผันแปรของพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานของบุคลากรโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์สันต์ สุวรรณะชญ (2537) พบว่าค่าการถ่ายเทความร้อนรวมของผนังและหลังคาอาคารมีค่าต่ำกว่าที่กำหนดเมื่อได้ทำการออกแบบโครงการตามหลักการประหยัดพลังงานในอาคารเบื้องต้น เมื่อได้ออกแบบกรอบอาคารและเลือกใช้วัสดุกรอบอาคารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นแล้ว พบว่าดัชนีดังกล่าวมีค่าลดลงมาก ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นว่าโครงการที่ได้ออกแบบตามสมมติฐานข้างต้นมีการประหยัดพลังงานที่ใช้ในอาคารได้จริง การออกแบบอาคารประหยัดพลังงาน จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สถาปนิกและผู้เกี่ยวข้องจะมีส่วนช่วยในการประหยัดพลังงาน และรักษาสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. สถานการณ์พลังงานไฟฟ้าของประเทศไทย. URL: <http://www.thaiengineering.com/2015/index.php/technology/item/715-thailand-s-energy-situation>
2. สำนักนโยบายและแผนพลังงาน กระทรวงพลังงาน. กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ พ.ศ.2558

3. โรงพยาบาลยางตลาด. สถานการณ์การใช้พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลยางตลาด. 2557
4. Kemmis, S. and McTaggart, R.[2000]. Participatory action research.[online] Available
form:http://en.wikipedia.org/wiki/Participatory_action_research [cited November 20,2014]
5. Lewin, K. Principles of psychology typology. New York: McGraw-Hill.1936.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
7. วลีธี ธีรานันต์ชัย. พฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
8. พงศ์ศักดิ์ สุวรรณะชญ. การออกแบบอาคารสำนักงานประหยัดพลังงานในกรุงเทพฯ :กรณีศึกษา อาคารฝึกบินจำลองและสำนักงาน บริษัทการบินไทย จำกัด. วิทยานิพนธ์ สถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรมเขตร้อน กรุงเทพฯ : สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง, 2537.

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

Nurse role in promoting the ability to choose a diet for people with diabetes.

ชลีพร หิตอักษร¹, รุ่งนภา จันทรา¹, อัญชลี แก้วสระศรี², รัตนา นิลเลื่อม³,

Chuleeporn Heetaksorn, Rungnapa Chanttra, Anchalee Kaewsasr, Ratana Nillium

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ภาวะแทรกซ้อนสามารถป้องกัน ลด หรือ บรรเทาได้หากผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดี จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ทักษะในการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง ซึ่งทักษะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการควบคุมอาหารอย่างละเอียดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องสอดคล้องกับระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งการสอนเป็นส่วนหนึ่งของระบบพยาบาลที่สนับสนุน และให้ความรู้เป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ความสามารถหรือทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้น ต้องประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ส่งเสริมความสามารถโดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และติดตามประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, เบาหวาน, ความสามารถในการเลือกรับประทานอาหาร

Abstract

Diabetes is a chronic disease that is incurable and steadily increased direct impact on the health of the patient, particularly, patients with complications. Diabetes may decrease physical fitness, cause discomfort and suffering, and premature death. It also affects to the psychological, social and economic problems of the patients, families, and the nation. Complications can be reduced, prevented or alleviated if the patients are able to control blood sugar levels as close to normal by modifying dietary behavior which is critical in controlling the blood sugar levels of diabetic patients.

Therefore, having good eating habits for patients with diabetes, it is very important to have skills to eat properly. Occurring each skill, the patients must have knowledge and the precise understanding about food controlling. Educating patients effectively, it complies with nursing support and educating system. The course is part of a system that supports and educates nurses as a way to help patients develop the knowledge or skills to care for themselves continuously and efficiently. Nurse roles in promoting the ability to choose a diet for patients with diabetes should assess the nutritional status of patients by promote the teaching, guidance, support create an environment that is conducive to learning and monitor and evaluate capacity in the diet of diabetic patients. So that patients have skills to eat, control sugar levels to prevent complications and the severity of the disease

Keywords: Nurse Roles in promoting, Diabetes, The ability to choose a diet

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

² พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี จังหวัดพิษณุโลก

³ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี จังหวัดราชบุรี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยในอนาคตจะมีประชากรไทยที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 1.1 ล้านคน⁽¹⁾ จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี พ.ศ. 2550 – 2557 มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 795.04 เป็น 1,032.50 ต่อแสนประชากร และอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 12.21 เป็น 17.83 ต่อแสนประชากร ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจในการใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานประมาณการ 47,596 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยในอันดับต้นๆ ซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและสมองมากถึงร้อยละ 65 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทร้อยละ 70⁽²⁾ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานดังกล่าวเกิดจากผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นซึ่งเป็นผลจากภาวะผิดปกติของการหลั่งอินซูลินและภาวะดื้อต่ออินซูลิน โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนร่วมที่สำคัญ⁽³⁾

ผลกระทบจากโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่มีความผิดปกติของ ภาวะแทรกซ้อน จะมีผลต่อสุขภาพโดยตรงของผู้ป่วย เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกัน ลด หรือบรรเทาได้หากผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามแผนการรักษา การจัดการกับความเครียด⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการในสัดส่วนที่เหมาะสม และมีพฤติกรรม

รับประทานอาหารที่ดีและต่อเนื่อง⁽⁵⁾ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดี จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง ซึ่งทักษะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารการให้ความรู้ที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ เกิดทักษะและนำไปปฏิบัติได้ สามารถทำได้หลายวิธี โดย โอเร็ม⁽⁶⁾ นักทฤษฎีการพยาบาลได้เสนอแนวความคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพนำไปใช้ในผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดความรู้ที่ถูกต้อง ด้วยผลการศึกษาที่พบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง⁽⁷⁾ ซึ่งในการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้น พยาบาลต้องประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ส่งเสริมความสามารถโดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และติดตามประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไป

ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) เป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยในทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ตามแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษาที่ได้รับ วิธีการดูแลตนเอง ตลอดจนช่วยในการแปลความหมายของเหตุการณ์ และอาการแสดง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถแปลความหมายของการเจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น⁽⁸⁾ ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด อีกทั้งเป็นวิธีการพยาบาลที่มีความเหมาะสมสำหรับบุคคลที่สามารถเรียนรู้และปฏิบัติ

กิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้ ขาดทักษะและความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

วิธีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽⁶⁾ ประกอบด้วย การสอน (teaching) การชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) และการสร้างสิ่งแวดล้อม(providing a developmental environment) โดยในแต่ละวิธีมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. การสอน (teaching) เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถในการดูแลตนเอง การสอนเป็นวิธีที่มีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽⁶⁾ ซึ่งหลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

1.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ พยาบาลอาจสอนหรือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ การรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับและการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรค และ/หรือจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้ การสอนอาจเริ่มในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ บางครั้งพยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลมีสนใจในทุกข์สุขของตนเอง ก่อให้เกิดความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในตัวพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

1.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและนำมาวางแผนการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

1.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ หากผู้ป่วยมีความเครียดมากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้าหรือสูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ หากจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนั้น จะต้องสอนให้ชัดเจน เฉพาะเจาะจง ใช้เวลาสั้นๆ และต้องประสานกิจกรรมต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ พยาบาลควรสอน แนะนำ และ

เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

1.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกการดูแลตนเอง จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจดจำ ได้แม่นยำยิ่งขึ้น

1.5 การประเมินโดยการไต่ถามจะช่วยในการเรียนรู้และการปรับพฤติกรรม พยาบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ กล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง หากผู้ป่วยกระทำ ได้ไม่ถูกต้อง พยาบาล จะต้องชี้แจงและแก้ไขแต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ ดิเคียน การรู้จักดีเพื่อก่อหรือชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำ ได้สำเร็จจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้ได้ดี

1.6 เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้พยาบาลต้องคอยสังเกตความสามารถในการเรียนรู้และประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน

1.7 การมีสิ่งรบกวนจะขัดขวางการกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น อาจจัดให้มีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอนผู้ป่วย

1.8 สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน การทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งสัมพันธภาพที่อบอุ่นจากพยาบาลจะมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้

1.9 การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง พยาบาลกับผู้ป่วยควรมีการติดต่อวางแผนตั้งเป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน วิธีการนี้จะช่วยเพิ่มคุณค่าในตนเองให้ผู้ผู้ป่วยและช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ดี

2. การชี้แนะ (guiding) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในผู้ป่วยซึ่งสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้คำแนะนำ และการ

ตรวจตราของพยาบาลได้ ซึ่งการชี้แนะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการปฏิบัติตน พยาบาลมักจะใช้วิธีนี้ร่วมกับการสนับสนุน⁽⁶⁾

3. การสนับสนุน (supporting) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ สามารถที่จะเรียนรู้โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของตนเองหรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจจะเป็นด้วยคำพูดหรือกิริยาท่าทางของพยาบาล⁽⁶⁾ เช่น วิธีการมอง การสัมผัสหรือคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ผู้ป่วยอาจต้องการการสนับสนุนทั้งทางร่างกายและทางอารมณ์เพื่อช่วยให้มีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม (providing a developmental environment)⁽⁶⁾ เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจเพื่อช่วยผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายให้เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าในการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาการมักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ด้วย การช่วยเหลือด้วยวิธีนี้มักจะใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น การสอน เป็นต้น

พยาบาล คือ บุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนอย่างมากกับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีแนวทางการส่งเสริมความสามารถและการนำความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการ การกำหนดปริมาณพลังงานที่เหมาะสม สัดส่วนอาหาร รายการอาหารแลกเปลี่ยน และประเภทอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มาปรับใช้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมผู้ป่วย

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

1. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกโรคเรื้อรัง

1.1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพพยาบาลกล่าวทักทาย แนะนำตัวเองพูดคุยเรื่องสุขภาพและเรื่องทั่วไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและพูดถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มีความพร้อมในการเรียนรู้ พัฒนาความสามารถ และร่วมกันลงมือปฏิบัติกิจกรรม

1.2 พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันประเมินภาวะโภชนาการโดยการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดเส้นรอบเอว ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 6 เดือนย้อนหลัง ปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และประเมินข้อจำกัดในการควบคุมอาหาร โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและทบทวนจากเวชระเบียนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล เช่น ข้อมูลการดูแลตนเองด้านอาหาร

1.3 กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1.4 พยาบาลสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ดูแล และผู้มีส่วนช่วยเหลือในการควบคุมอาหาร และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและตั้งใจในการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และความสำคัญของการควบคุมอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหากไม่ควบคุมอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

1.5 พยาบาลสาธิตการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม และให้ผู้ป่วยฝึกหัดตรวจด้วยตนเอง

2. การติดตามเยี่ยมที่บ้าน

2.1 พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแนะนำสมาชิกในครอบครัว พูดคุยเรื่องสุขภาพและเรื่องทั่วไป

พยาบาลควรมีท่าทีที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความเป็นกันเอง และความไว้วางใจ และสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล

2.2 พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันค้นหาปัญหา และข้อจำกัดในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วย เบาหวานแต่ละคน

2.3 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและความสามารถในการนำความรู้มาปรับใช้ในการวางแผนเลือกรับประทานอาหาร เกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการ การกำหนดปริมาณพลังงานจากอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน สัดส่วนอาหารที่เหมาะสม รายการอาหารแลกเปลี่ยน และประเภทอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2.4 ประเมินนิสัยการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ทั้งชนิด สัดส่วน ปริมาณ และความถี่โดยสอบถามจากผู้ป่วยและครอบครัว

2.5 ส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารโดยการ สอน ชี้แนะ สนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถ เกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการ การกำหนดปริมาณพลังงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน สัดส่วนอาหารที่เหมาะสม รายการอาหาร แลกเปลี่ยน ดังนี้

1) การสอน โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินและสอนเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่รู้หรือไม่เข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการควบคุมอาหารสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการวางแผนเลือกรับประทานอาหาร และประเมินผลได้ด้วยตนเอง ระหว่างการสอนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถาม ข้อสงสัย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอบถามการรับประทานอาหารย้อนหลัง 1-2 วัน เพื่อประเมินดูสัดส่วนอาหารว่าเหมาะสมหรือไม่

สอนเพิ่มเติมจากความรู้และประสบการณ์เดิมที่ผู้ป่วยมีอยู่ได้แก่ สัดส่วนอาหารประเภท

คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต น้ำตาล และเส้นใยอาหาร พร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบระหว่างการสอนควร มีการประเมิน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) การชี้แนะ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารในหมวดต่างๆที่ผู้ป่วยควรเลือกรับประทาน เช่น คาร์โบไฮเดรตที่มีเส้นใยอาหารสูงและมีคาร์โบไฮเดรตต่ำ เลือกรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ หรือโปรตีนจากพืช และเลือกไขมันชนิดไม่อิ่มตัวในส่วนนี้ พยาบาลอาจยกตัวอย่างจานอาหารสุขภาพ หรือธงโภชนาการเพื่อให้่ายต่อการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติ

3) การสนับสนุน สนับสนุนด้านร่างกาย และจิตสังคม โดยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติกิจกรรมในการเลือกรับประทานอาหาร เลือกชนิดอาหารในแต่ละหมวดที่ควรรับประทานในแต่ละวัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจพยาบาลสนับสนุน ให้กำลังใจ และช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้ กล่าวชมเชยเมื่อเลือกได้ถูกต้องการสนับสนุน หากผู้ป่วยชอบหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะรับประทานอาหารประเภทห้ามรับประทาน พยาบาลควรรับฟังปัญหาของผู้ป่วย และร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการหาแนวทางแก้ปัญหา ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ให้ครอบครัวมีส่วนสนับสนุน และจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับครอบครัว บอกแหล่งประโยชน์ในการเรียนรู้ เช่น เอกสาร แผ่นพับเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ธงโภชนาการ การสร้างสิ่งแวดล้อม จัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับครอบครัวโดยการแนะนำภาชนะที่มีในครัวเรือนเพื่อปรับใช้ในการตวงอาหาร และกำหนดสัดส่วนอาหารแลกเปลี่ยนที่ควรรับประทานต่อวัน เช่น ทับทิม ถั่ว แก้ว ขอนกินข้าว ขอนชาสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การเรียนรู้ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ในการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ควรรับประทาน

2.6 ทบทวนความรู้ ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร

3. การประเมินผล นัดติดตามประเมินผลการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินความรู้ ความเข้าใจ แลความสามารถในการเลือกรับประทานอาหาร โดยการซักถาม และประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติม พัฒนาทักษะ และส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหาร ทุก 1-2 เดือน

สรุป

การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ดี จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ใน

การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ช่วยในการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และติดตามประเมินให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถหรือทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์, 2557.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2016. *Diabetes care*. 39(1): 1-4, 2016.
3. ธิดิ สันันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรัตน์. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549
4. กองสุกศึกษา. วิธีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เล่มที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการ
5. วิทยา ศรีดามา. การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ธิดิ สันันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรัตน์ (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
6. Orem D.E. *Nursing : concept of practices (6th ed.)*. St. Louis : Mosby, 2001.
7. มณกร ศรีแป๊ะบัว. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเท้าและพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.
8. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

การเข้าถึงสิทธิ ข้อมูล และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ

Information Access on Reproductive Health of Female Adolescents with Disabilities

อรุณี ลิ้มมณี¹ ดุษฎี โยเหลา² นริสรา พึ่งโพธิ์สก³

Arune Limmanee¹ Dusadee Yeolao² Narisara Peungposop³

บทคัดย่อ

สิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนพึงมี แต่สตรีพิการเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงสิทธิ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ อันเนื่องมาจากทัศนคติของครอบครัวและสังคม ทำให้สตรีพิการขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อนำไปสู่การมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี นอกจากนี้โครงการและแผนงานด้านการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์มักไม่รวมสตรีพิการเข้าไปในฐานะกลุ่มเป้าหมาย ทำให้สตรีพิการขาดโอกาสที่จะได้รับบริการที่จำเป็น ในส่วนของหลักสูตรในโรงเรียนนั้น มักเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับชีววิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงมากกว่าการให้ความรู้ที่จำเป็นในทางปฏิบัติ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การกินยาเม็ดคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และแทบจะไม่มีการสอนเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ทักษะการต่อรอง นอกจากนี้ ข้อมูลที่อยู่ในสื่อการสอนไม่ครอบคลุมประเด็นที่นักเรียนต้องการทราบ และช่วงอายุที่นักเรียนจะได้เรียนเพศศึกษาค่อนข้างช้า ไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมและความต้องการของวัยรุ่น ในขณะที่วัยรุ่นได้ข้อมูลเรื่องเพศศึกษาส่วนใหญ่จากเพื่อนและสื่อ เช่น อินเทอร์เน็ต สตรีพิการถูกปิดกั้นการเรียนรู้เรื่องสรีระร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงที่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ การถูกล่วงละเมิดและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ตลอดจนการเลี้ยงดูบุตร สตรีพิการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากขาดการให้ความรู้ที่ง่ายต่อการเข้าใจและอยู่ในรูปแบบที่คนพิการทุกกลุ่มสามารถเข้าถึง เช่น มีการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายสำหรับคนพิการทางสติปัญญา มีอักษรเบรลล์สำหรับคนพิการทางการเห็น มีล่ามภาษามือหรือตัวอักษรบรรยายสำหรับคนพิการทางการได้ยิน นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องสถานบริการด้านสุขภาพบางแห่งไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและการใช้บริการ นอกจากนี้ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และทัศนคติของสตรีพิการเองก็เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการ

คำสำคัญ: อนามัยการเจริญพันธุ์, การเข้าถึงสิทธิ, สตรี, พิการ

Abstract

Reproductive rights are fundamental rights for everybody. However, women with disabilities have lower opportunities to access these rights including access to information and services on reproductive health due to social and family attitudes. Projects and programs on reproductive health promotion do not include women with disabilities as target groups, which hinder them from necessary reproductive health care services. Regarding the teaching on reproductive health in school, the content is not up to date and not in accordance with the needs of the students. Students are taught about biological conditions rather than practical knowledge such as the prevention of sexual transmitted diseases (STDs) and unwanted pregnancy, healthy relationship and negotiation skills. Sexual and reproductive health (SRH) should be taught at earlier ages so that students can be well prepared for their physical and mental changes. As they are not taught about SRH in schools, some adolescents get information from friends and internet. Women with disabilities are not taught about SRH, relationship with men, safe sex, prevention of STDs, unwanted pregnancy and abuse, maternity care, and child care. Women with disabilities cannot access information on SRH because it is not in an accessible format, for example, no simplified text for women with intellectual disabilities, no Braille for women with visual disabilities, no sign language interpreters or close caption for women with hearing disabilities. Some buildings or equipment are

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹ นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อีเมล: wongsalena@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ ดร.ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: dusadee@swu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: narisara@swu.ac.th

not accessible for women with physical disabilities, which hinders them from reproductive health care services. Attitudes of medical service providers and women with disabilities are also important factors of their accessibility to reproductive health care.

Keywords: Reproductive Health, Access to the Rights, Women, Disabilities

บทนำ

สตรีวัยรุ่นในประเทศไทยทั้งที่มีความพิการและไม่มีความพิการ มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์บางประการในลักษณะคล้ายกัน เช่น ปัญหาด้านการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในส่วนของสตรีพิการ ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความซับซ้อนยิ่งกว่า จากงานวิจัยของอมรา สุนทรธาดา และอักษรภักดิ์ หลักทอง (2555)⁽¹⁾ พบว่า สตรีพิการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากความหลากหลายและระดับของความพิการ สถานบริการภาครัฐมีบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ เช่น ล่ามภาษามือ อุปกรณ์และข้อมูลข่าวสารไม่เหมาะสมตามความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นคนพิการ ช่องว่างด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย ส่วนหนึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสตรีพิการ โดยพ่อแม่หรือผู้ดูแลใกล้ชิดมีทัศนคติว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งต้องห้ามสำหรับคนพิการ มีผลต่อวิถีชีวิตเรื่องการเรียนรู้ และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ แม้ว่าสตรีพิการไม่คิดว่าความพิการเป็นข้อจำกัดหรือทำให้ตนอยู่ในสถานะชายขอบของสังคมก็ตาม

การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการ เป็นเรื่องที่ถูกละเลยจากครอบครัวและสังคม การขาดโอกาสทางการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศศึกษา มีผลต่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ในข้อเท็จจริงนั้น สตรีพิการจำนวนมากขาดผู้ดูแล ต้องใช้ชีวิตที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสตรีพิการทางสติปัญญาหรือกลุ่มบกพร่องทางการเรียนรู้ มีโอกาสสัมผัสเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ขณะที่ระดับความพิการที่เป็นอยู่เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการป้องกันตนเองหรือการเรียนรู้ว่าการกระทำในรูปแบบใดเป็นการกระทำไม่พึงประสงค์ และขอความช่วยเหลือเพื่อป้องกันตนเองอย่างไร ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติในปี 2552 ได้รายงาน

ว่ามีคดีล่วงละเมิดทางเพศ 4,642 ราย โดยในจำนวนนี้มีสตรีพิการรวมอยู่ด้วย^(1,2)

เนื้อหา

การเรียนการสอนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยนั้น การให้ความรู้และข้อมูลด้านเพศวิถีและอนามัยการเจริญพันธุ์มักเป็นความรู้เพียงชุดเดียวและอยู่บนพื้นฐานทางด้านการแพทย์ซึ่งมักจะเป็นเชิงลบ เช่น การทำแท้งในกรณีที่น่าท้อว่าทารกจะเกิดมาพิการ การทำหมันสตรีพิการทางสติปัญญาโดยกลัวว่าจะตั้งครรภ์จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งบางครั้งอาจนำไปสู่การถูกล่วงละเมิดที่มากขึ้น เนื่องจากผู้กระทำ (ซึ่งในหลายกรณีเป็นคนใกล้ชิดตัวหรือคนในครอบครัว) ไม่ต้องกังวลว่าผู้ถูกกระทำจะตั้งครรภ์ จากการสำรวจข้อมูลการละเมิดสิทธิสตรีในประเทศไทย พบว่ายังมีการละเมิดสิทธิด้วยเหตุแห่งความเป็นหญิง มีสถานการณ์การเลือกปฏิบัติปรากฏชัดเจนผู้หญิงในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้หญิงในกลุ่มยากจน ผู้หญิงพิการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ มากกว่าผู้หญิงกลุ่มอื่นๆ สตรีพิการเป็นกลุ่มเปราะบางที่เผชิญกับการเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิในหลายด้านด้วยเหตุแห่งความพิการและด้วยเหตุแห่งความเป็นหญิง สตรีพิการจึงมีแนวโน้มที่จะถูกละเมิดสิทธิและถูกกระทำความรุนแรงสูงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สตรีพิการมีแนวโน้มของการถูกระทำความรุนแรงสูงกว่าสตรีที่ไม่พิการ นอกจากนี้ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะถูกทับซ้อนกันหลายชั้น เพราะความเป็นผู้หญิงและเพราะความพิการซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย รวมทั้งมีข้อจำกัดที่จะยุติหรือหนีให้พ้นจากความรุนแรงนั้นๆ มากกว่าผู้หญิงทั่วไป โดยในหลายกรณี สตรีพิการถูกล่วงละเมิดจากบุคคลที่ตนเองต้องพึ่งพา การป้องกันหรือต่อต้านทำได้ยาก พ่อแม่ของสตรีพิการมีความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของบุตรสาวที่พิการมากเป็นพิเศษ ชีวิตของสตรีกลุ่มนี้จึงต้องตกอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของครอบครัว หรือพี่น้อง ซึ่งมักตัดสินใจเก็บพวกเธอ

ไว้ที่บ้าน ทำให้ยังขาดโอกาสในการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตในสังคม ขาดการเรียนรู้ทักษะชีวิตและทักษะทางสังคม การรู้เท่าทันและการป้องกันตนเอง ถูกกีดกันจากสังคมในประเด็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์โดยเฉพาะเรื่องของเพศวิถีและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สตรีพิการมักไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อสิทธิสตรี ทำให้ไม่สามารถปกป้องสิทธิของตนเอง แม้ว่าจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น ความมีอิสระทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิที่จะเลือกหรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีเพศวิถีในรูปแบบอื่น สิทธิที่จะเลี้ยงดูเด็ก สิทธิที่จะไม่ถูกลวนลามทางเพศ ใดๆ ที่สิทธิเหล่านี้เป็นสิทธิที่สตรีพิการพึงได้เช่นกัน

ในส่วนของหลักสูตรเพศศึกษาในโรงเรียนนั้นพบว่า เนื้อหาในหลักสูตรที่เกี่ยวกับเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันเนื่องจากเด็กมีการเจริญเติบโตเร็ว และอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มต่ำลงเรื่อยๆ จากการศึกษาของวัฒนศัพท์ และคณะ (2006) ⁽³⁾ พบว่าหลักสูตรและวิธีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนในประเทศไทยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านชีววิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงมากกว่าการให้ความรู้ที่จำเป็นในทางปฏิบัติ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การกินยาเม็ดคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และแทบจะไม่มีการสอนเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ความรู้สึก ความสัมพันธ์ ทักษะการต่อรอง นอกจากนี้ ข้อมูลที่อยู่ในสื่อการสอนไม่ครอบคลุมประเด็นที่นักเรียนต้องการทราบ และช่วงอายุที่นักเรียนจะได้เรียนเพศศึกษาก่อนข้างช้า ไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมและความต้องการของวัยรุ่น โดยในประเทศไทย วัยรุ่นจะได้เรียนเพศศึกษาเมื่ออายุเฉลี่ย 14 ปี ในขณะที่วัยรุ่นได้ข้อมูลเรื่องเพศศึกษาส่วนใหญ่จากเพื่อนและสื่อ เช่น อินเทอร์เน็ต ประมาณร้อยละ 60 ⁽⁴⁾ ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจไม่ถูกต้องและหากวัยรุ่นไม่ได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ อาจทำให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเองและสังคม

วัยรุ่นสตรีพิการ มีการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด การป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ และบริการอื่นๆ ที่

เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นสตรีที่ไม่มีภาวะพิการ สาเหตุสำคัญมาจากทัศนคติทางสังคม โดยเฉพาะทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ เริ่มตั้งแต่ครอบครัวที่เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้าม พ่อแม่บางคนมีความเห็นว่าลูกที่พิการไม่ควรหาคู่ครอง ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นต้องรู้เรื่องเหล่านี้ ทำให้คนพิการโดยเฉพาะสตรีพิการถูกปิดกั้นการเรียนรู้เรื่องสรีระร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงที่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ การถูกล่วงละเมิด และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ตลอดจนการเลี้ยงดูบุตร สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ผู้หญิงควรเรียนรู้ แต่เนื่องจากสังคมมีมายาคติต่อสตรีพิการทั้งในแง่ที่เป็นสตรีและในแง่ที่เป็นคนพิการ เช่น คนพิการไม่ควรสนใจเรื่องเพศ หรือสตรีพิการมักจะถูกมองได้ง่ายจึงไม่ควรคบหากับเพศตรงข้าม เป็นต้น ⁽¹⁾ ทำให้สตรีพิการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากขาดการให้ความรู้ที่ง่ายต่อการเข้าใจ มีความเหมาะสมกับวัยและสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นสตรีที่มีความพิการ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องสถานบริการภาครัฐไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและการใช้บริการ การให้ข้อมูลข่าวสารไม่ตรงกับความต้องการ ข้อมูลข่าวสารไม่อยู่ในรูปแบบที่คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้ ช่องว่างด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการ การสื่อสารที่ไม่ครบถ้วน รวมทั้งทัศนคติของคนพิการเอง ทำให้ไม่กล้าขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ รวมทั้งเกิดความไม่มั่นใจว่าจะได้รับคำแนะนำหรือถูกเพิกเฉยที่จะให้คำปรึกษา หรือได้รับการปฏิบัติที่แตกต่าง เช่น สตรีพิการที่ตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติที่แตกต่างจากสตรีที่ไม่พิการเนื่องจากมีการมองภาพเหมารวม (stereotype) ว่าสตรีพิการไม่สามารถตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยตนเองได้ การดูแลทารกแรกคลอดน่าจะเป็นหน้าที่ของสามีหรือญาติ

สตรีพิการขาดโอกาสการเรียนรู้ที่สำคัญในหลายด้าน เนื่องจากในสังคมไทย การสอนเพศศึกษาสำหรับคน

พิการยังถูกปิดกั้นอยู่มาก สิทธิทางเพศวิถีของคนพิการยังถูกตีกรอบด้วยบรรทัดฐานของสังคมและภาพเหมารวมที่ถูกสร้างขึ้น ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการมีพื้นฐานมาจากแนวคิดต่างๆ ได้แก่ มายาคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ อคติและการไม่ยอมรับความหลากหลายทางเพศผ่านสถาบันทางสังคม อุดมการณ์ด้านความเป็นปกติผ่านสถาบันทางการแพทย์ ส่งผลให้สตรีพิการถูกมองเสมือนบุคคลไร้เพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ เป็นผลทำให้ถูกกีดกันเรื่องการมีครอบครัว ซึ่งปกติแล้วสตรีพิการแทบไม่ได้เรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และไม่ได้รับการสนับสนุนในการสร้างครอบครัว จึงอาจทำให้รู้สึกสับสน เกิดความรู้สึกผิดและเก็บกด รวมทั้งความภูมิใจและมั่นใจในตนเองต่ำ⁽¹⁾ สตรีและเด็กหญิงพิการมีความเสี่ยงที่จะต้องเผชิญกับความรุนแรง การบาดเจ็บ การถูกล่วงละเมิด การถูกเลือกปฏิบัติ การถูกใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงผลประโยชน์ และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ การที่สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น มีสาเหตุหลักสองด้านได้แก่ สาเหตุด้านกายภาพ เช่น สถานบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและการให้บริการโดยสตรีพิการ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกและ/หรือบริการที่ปรับเพื่อให้สตรีพิการสามารถใช้ได้ บริการที่จัดให้โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากสาเหตุด้านสังคม เช่นทัศนคติของบุคลากรผู้ให้บริการ ทัศนคติของครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีต่อสตรีพิการ⁽⁶⁾ ตั้งแต่อดีต สตรีพิการเป็นกลุ่มคนที่ถูกมองข้ามในการวางแผนงาน และการปรากฏในสื่อ รวมทั้งการไม่ได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ นำไปสู่การมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่ดี การที่สังคมมีข้อมูลและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการเป็นผลให้สตรีพิการถูกละเลยโดยกลุ่มผู้วางแผนนโยบาย รัฐบาล รวมทั้งภาคประชาสังคม⁽⁵⁾ ปัญหาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การขาดข้อมูลข่าวสาร การไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ WHO/UNFPA Guidance

Note เรื่อง Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities⁽⁷⁾ ที่กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของสถานที่ไม่เอื้อ เช่น อาคารไม่มีทางลาด เพียงสำหรับตรวจสูงเกินไป ไม่มีเตียงตรวจที่ปรับสำหรับผู้พิการ ปัญหาด้านการสื่อสารก็เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง การไม่สามารถสื่อสารกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น ไม่มีล่ามภาษามือสำหรับคนหูหนวก ไม่มีเอกสารเป็นอักษรเบรลล์สำหรับคนตาบอด ฯลฯ สาเหตุอีกประการคือ ทัศนคติในแง่ลบของผู้ให้บริการหรือบุคลากรที่มีต่อคนพิการ ปัญหาที่เกิดจากผู้ให้บริการยังรวมไปถึงการที่ผู้ให้บริการหรือบุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับคนพิการ ขาดการประสานงานระหว่างบุคลากร ปัญหาสำคัญอีกประการคือการที่คนพิการไม่มีหลักประกันสุขภาพ สตรีพิการนอกจากจะมีโอกาสน้อยกว่าสตรีทั่วไปในการได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แล้ว ยังมีโอกาสน้อยกว่าในการที่จะได้รับการด้านการวางแผนครอบครัว สตรีพิการมักได้รับคำแนะนำว่าไม่ควรตั้งครรภ์โดยที่หากสตรีพิการตั้งครรภ์ก็มักไม่ได้รับการเหมือนที่สตรีตั้งครรภ์ทั่วไปพึงได้รับ นอกจากนี้ยังอาจถูกปฏิเสธ เช่น ในบางหมู่บ้าน หมอตำแยจะปฏิเสธการทำคลอดให้สตรีพิการเนื่องจากเข้าใจว่าสตรีพิการไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติ ต้องใช้วิธีผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งไม่จริงเสมอไป⁽⁸⁾

สตรีพิการถูกละเมิดสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในหลายรูปแบบ เช่น การถูกบังคับให้ทำหมัน ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิอย่างร้ายแรงเนื่องจากบุคคลมีสิทธิในร่างกายของตนเอง ดังที่ระบุไว้ในมาตรา 3 ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการที่กล่าวถึงการเคารพในศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิด การอยู่ได้ด้วยตนเอง รวมถึงเสรีภาพในการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง และความเป็นอิสระของบุคคล และมาตรา 17 ว่าด้วยการคุ้มครองบูรณภาพของบุคคล ดังนี้ “คนพิการทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการเคารพในบูรณภาพทางร่างกายและจิตใจของตนบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น” อย่างไรก็ตาม แม้ในศตวรรษที่ 21 ก็ยังมีการบังคับทำหมันให้กับสตรีพิการอยู่ในหลายประเทศ การ

ตัดสินใจดังกล่าวอาจกระทำโดยนักกฎหมาย บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยไม่คำนึงถึงความสมัครใจของสตรีพิการเอง โดยเฉพาะในกรณีสตรีพิการทางสติปัญญาอันเนื่องมาจากความเชื่อที่ว่าสตรีที่มีความพิการไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้⁽⁹⁾ หรือเกรงว่าความพิการบางอย่างอาจถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือบางครั้งก็เพียงต้องการลดภาระหรือลดความกังวลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง แต่ในความเป็นจริง มีหลักฐานสนับสนุนว่าการทำหมันให้กับเด็กหญิงหรือสตรีพิการนั้นไม่ใช่เรื่องจำเป็นหากพ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนที่ดีในการดูแลลูกไม่ว่าจากรัฐหรือจากชุมชน⁽⁹⁾ ในความเป็นจริง สตรีพิการควรเป็นผู้ตัดสินใจเอง โดยได้รับข้อมูลและการสนับสนุนที่เพียงพอ ตามหลักการของ supported decision making

นอกจากจะมีการละเมิดสิทธิในร่างกายของสตรีพิการโดยการบังคับให้ทำหมันแล้ว ยังมีการละเมิดโดยการบังคับให้ทำแท้งอีกด้วย เนื่องจากมีความเชื่อว่าสตรีพิการไม่สามารถดูแลบุตรได้หรือไม่สามารถตัดสินใจได้โดยลำพังเกี่ยวกับสิทธิในด้านการเจริญพันธุ์⁽¹⁰⁾ ทั้งๆ ที่ได้มีการรับรองสิทธิของสตรีพิการไว้ในกฎหมายสากลที่ว่าด้วยสิทธิคนพิการ ได้แก่ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ และกฎหมายสากลที่ว่าด้วยสิทธิสตรี ได้แก่ อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women – CEDAW) นอกจากนี้ โครงการปฏิบัติการของการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยประชากรและการพัฒนา ก็ยังได้ให้การรับรองสิทธิด้านสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของคนพิการ เช่น สิทธิในการที่จะตัดสินใจว่าจะมีบุตรเมื่อไหร่ มีกี่คน ระยะห่างของการมีบุตร สิทธิที่จะได้มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี ซึ่งรวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ สตรีวัยรุ่นที่พิการส่วนหนึ่งใช้ชีวิตอยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ซึ่งนักเรียนจำนวนหนึ่งเป็นนักเรียนประจำ นักเรียนกลุ่มนี้จะได้รับข้อมูลจากสื่อ เช่น โทรทัศน์ เฉพาะในเวลาทาง

โรงเรียนอนุญาตเท่านั้น นักเรียนไม่สามารถเลือกรับข้อมูลจากสื่อได้ตามความต้องการ วัยรุ่นกลุ่มนี้ จึงอาจไม่ได้รับข้อมูลด้านอนามัยเจริญพันธุ์นอกเหนือไปจากที่ได้รับจากบทเรียนในชั้นเรียน นอกจากนี้ ผู้ปกครองและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อาจมีทัศนคติว่า สตรีพิการไม่สามารถมีครอบครัวได้ จึงไม่เห็นความสำคัญในการให้ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นสตรีพิการ ดังนั้น สตรีวัยรุ่นที่พิการจึงไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากการที่สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การวางแผนครอบครัว หรือการได้รับคำปรึกษาผ่านระบบการศึกษา ระบบบริการของชุมชน หรือแม้แต่ครอบครัว ทำให้สตรีพิการไม่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์⁽⁵⁾ นอกจากนี้ รูปแบบของการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่คนพิการไม่สามารถเข้าถึงได้ก็เป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่ง เช่น ข้อมูลข่าวสารที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์นั้น คนตาบอดจะไม่สามารถเข้าถึงได้ ส่วนคนหูหนวกก็ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ทางวิทยุ รวมทั้งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์หากไม่มีล่ามภาษามือ หรือข้อมูลที่ซับซ้อน ยากแก่การเข้าใจก็เป็นอุปสรรคสำหรับสตรีที่พิการด้านสติปัญญา อุปสรรคอีกประการหนึ่งที่ทำให้สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้แก่ การไม่รู้หนังสือ ในบรรดาประชากรพิการทั่วโลกนั้น มีเพียงร้อยละ 3 ที่รู้หนังสือ สำหรับในกลุ่มของสตรีพิการทั่วโลกนั้น มีเพียงร้อยละ 1 ที่รู้หนังสือ⁽⁶⁾ จากการสำรวจโดยธนาคารโลกใน 57 ประเทศ เมื่อพ.ศ. 2547 พบว่า เด็กพิการในโรงเรียนมักไม่ได้เข้าเรียนในวิชาเพศศึกษา รวมทั้งวิชาสุขศึกษาและวิทยาศาสตร์ทั่วไป⁽⁵⁾ และจากข้อมูลขององค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา พบว่า เนื่องจากสตรีพิการมักไม่ได้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายของการรณรงค์เพื่อต่อต้านโรคเอดส์ ทำให้ปฏิบัติการของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มของสตรีพิการไม่สามารถลดลงได้ และถึงแม้ว่าการติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มสตรีพิการ แต่ปัญหาดังกล่าวก็

ยังคงไม่ได้รับความสนใจจากองค์กรหรือกลุ่มคนที่ทำงานด้านนี้เท่าที่ควร ในส่วนของสตรีพิการที่มีเพศสัมพันธ์พบว่า ส่วนใหญ่มีอำนาจต่อรองต่ำในการปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย⁽⁵⁾ ในบางกรณีสืบเนื่องจากความยากจน สตรีพิการบางคนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนเพื่อแลกกับการสนับสนุนด้านการเงินและอื่นๆ ในกลุ่มของวัยรุ่นพิการนั้น มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่พิการ เนื่องจากวัยรุ่นพิการมักไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้ขาดทักษะในการปฏิบัติตนต่อเพศตรงข้าม ทำให้ไม่มีความสามารถในการต่อรองในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หรือการใช้สารเสพติด⁽⁵⁾ องค์การยูนิเซฟ คาดการณ์ว่า หนึ่งในสามของเด็กเร่ร่อนเป็นเด็กพิการ และเด็กกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการถูกชักจูงให้เข้าวงการค้าทางเพศและสารเสพติด การที่โครงการณรงค์เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ครอบคลุมกลุ่มของสตรีพิการจะยิ่งทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี มีมากขึ้นในกลุ่มของสตรีพิการ และหากสตรีพิการติดเชื้อเอชไอวี โอกาสที่จะได้รับการรักษาหรือตรวจพบแต่เนิ่นๆ ก็น้อยกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้ คู่มือแนะนำด้านสุขภาพและคู่มือการฝึกอบรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์หรือการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปมักไม่มีการกล่าวถึงสตรีพิการ ทำให้ทั้งสตรีพิการเองและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องอันนำไปสู่การละเว้นการให้บริการหรือให้ข้อมูล เช่น ในบางหมู่บ้านหรือชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ไปให้ความรู้และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่สตรีในชุมชนถึงที่บ้าน แต่เมื่อถึงบ้านของสตรีพิการ เจ้าหน้าที่มักไม่เข้าไปเนื่องจากเห็นว่าสตรีพิการไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับข้อมูลหรือบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์⁽⁵⁾ ในความเป็นจริง สตรีพิการมีความต้องการความรู้และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เช่นเดียวกับสตรีทั่วไป แต่พวกเขามักถูกละเลย และไม่สามารถเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสาร (Ibid.) สตรีพิการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอันเนื่องมาจากทัศนคติของสังคม ทั้งการตีตรา (stigmatization) การเหมารวม (stereotype) และความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับความพิการ เพศสภาพ (gender) เพศ

วิถี (sexuality) และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นอกจากนี้ในกลุ่มคนพิการด้วยกัน ผู้หญิงพิการก็มีโอกาสน้อยกว่าผู้ชายพิการในการที่จะได้รับโอกาส ไม่ว่าจะเป็นการแต่งงานมีครอบครัว หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ซึ่งการขาดโอกาสต่างๆ ดังกล่าว นำไปสู่การขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ ข้อมูล และเครือข่ายการช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน

ในส่วนของวัยรุ่นสตรีพิการนั้น โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มีน้อยกว่าวัยรุ่นสตรีที่ไม่มีความพิการ แม้ว่าในร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ มาตรา 7 จะระบุว่า ให้สถานศึกษาจัดให้มีการสอนเพศศึกษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับวุฒิภาวะและวัยของผู้เรียน แต่ในความเป็นจริงพบว่า หลักสูตรการสอนเพศศึกษาไม่สอดคล้องกับสภาวะและความต้องการของวัยรุ่น เนื่องจากยังไม่ครอบคลุมในทุกมิติของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ การสอนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งของวิชาสุขศึกษา แต่เนื้อหาวิชาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น ความรู้และแนวทางในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ นอกจากนี้ ในประเทศไทยข้อมูลในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชนพิการทั้งหญิงและชายยังมีจำกัด

ข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศศึกษาเป็นรูปแบบข้อมูลสำหรับคนปกติ ดังนั้น ข้อมูลข่าวสารที่ได้จึงไม่ตรงกับความต้องการ รวมทั้งทัศนคติของวัยรุ่นสตรีพิการที่ไม่กล้าขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ รวมทั้งเกิดความไม่มั่นใจว่าจะได้รับคำแนะนำหรือถูกเพิกเฉยที่จะให้คำปรึกษา หรือการเลือกปฏิบัติ และการขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้วัยรุ่นสตรีพิการ ไม่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ขาดทักษะในการปฏิบัติตนต่อเพศตรงข้าม จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะถูกละเมิดสิทธิและถูกระทำความรุนแรงสูงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งมักถูกล่วงละเมิดจากบุคคลที่ตนเองต้องพึ่งพา การป้องกันหรือต่อต้านทำได้ยาก พ่อแม่ของวัยรุ่นสตรีพิการ

จึงมีความกังวลต่อความปลอดภัยของลูกสาวมากเป็นพิเศษ โดยตัดสินใจให้วัยรุ่นสตรีพิการอยู่แต่ในบ้าน ทำให้ขาดโอกาสที่จะเรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคม ขาดการเรียนรู้ทักษะชีวิตและทักษะทางสังคม การรู้เท่าทันและการป้องกันตนเอง

สาเหตุอีกประการหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นสตรีพิการไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เกิดจากทัศนคติของพ่อแม่หรือผู้ปกครองซึ่งมีทัศนคติว่าเรื่องเพศไม่ใช่เรื่องที่จะพูดคุยได้อย่างตรงไปตรงมาหรือมีความจำเป็น แม้แต่วิธีการเรียนการสอนด้านเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับวัยรุ่นสตรีพิการก็เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ในบางกรณีครอบครัวเป็นอุปสรรคใหญ่ที่ปิดกั้นการเรียนรู้ในเรื่องสรีระ ความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง การมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทำให้ขาดการแลกเปลี่ยนได้ว่าการปฏิบัติในลักษณะใดที่เข้าข่ายการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งการใช้คำพูด ท่าทาง การสัมผัส การลวนลามทางสายตา รวมไปถึงการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งมีข้อจำกัดต่อการเข้าถึงข้อมูลเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งในเรื่องการให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาความสะอาดเมื่อมีรอบเดือน การตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการที่ไม่รุนแรง สตรีวัยรุ่นพิการก็จะสอบถามข้อมูลหรือรักษาอาการตามที่ได้เรียนรู้จากพ่อแม่ หรือขอคำแนะนำจากเพื่อนทั้งที่เป็นคนพิการด้วยกันและคนทั่วไป⁽¹⁾

ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการด้านอนามัยที่ไม่เอื้อต่อการใช้งานของคนพิการก็เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ เช่น สตรีพิการที่นั่งวีลแชร์ไม่สามารถขึ้นเตียงที่ใช้ตรวจภายในได้ รวมถึงการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการที่จำเป็น เช่น ล่ามภาษามือหรือการไม่อนุญาตให้สามีเข้าไปในห้องตรวจด้วยเพื่อเป็นล่ามให้ในการสื่อสารกับแพทย์ในกรณีของสตรีพิการทางการได้ยิน แต่ทางโรงพยาบาลไม่อนุญาตเนื่องจากขัดกับระเบียบของโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลจาก

สื่อ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ และวิทยุ โทรทัศน์ที่เป็นข้อมูลกระแสหลักส่วนใหญ่มีสำหรับเฉพาะคนปกติ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ของสตรีพิการจึงมีข้อจำกัด⁽¹⁾

การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนที่เน้นการสอนให้นักเรียนเข้าใจร่างกายของตนเองและการดูแลรักษาความสะอาดนั้น ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นได้ เนื่องจากในปัจจุบันวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้มากขึ้น หากผู้เกี่ยวข้องละเอียดที่จะให้การศึกษาและช่วยให้เยาวชนมีทางเลือกที่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นเป็นอีกมิติหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกไปจากการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ แต่กระบวนการให้ความรู้ในเชิงป้องกันโรคติดต่ออย่างดั้งเดิม ไม่ได้ครอบคลุมบริบทการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นทั้งครอบครัวและโรงเรียนจะเน้นไปที่การห้ามปรามไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และเชื่อว่าการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา จะกระตุ้น หรือเปิดทางให้วัยรุ่นเปรียบเสมือน “การชี้โพรงให้กระรอก” กระโจนเข้าสู่ชีวิตทางเพศเร็วขึ้น อย่างอิสระ เสริมมากขึ้น ปัญหาอีกประการหนึ่งของการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่วัยรุ่นได้แก่ทัศนคติของครู เช่น ครูผู้สอนหลายคนยอมรับว่ารู้สึกอึดอัดใจที่ต้องสอนเพศศึกษาให้แก่วรุ่น⁽²⁾ แต่ก็ควรมีการถ่ายทอดเรื่องเพศศึกษา เพื่อเป็นการเสริมสร้างความรู้ และเจตคติที่ถูกต้องในเรื่องเพศ และการมีทักษะชีวิตที่จำเป็น⁽³⁾

การเรียนการสอนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยนั้น การให้ความรู้และข้อมูลด้านเพศวิถีและอนามัยการเจริญพันธุ์มักเป็นความรู้เพียงชุดเดียวและอยู่บนพื้นฐานทางด้านการแพทย์ซึ่งมักจะเป็นเชิงลบ เช่น การทำแท้งในกรณีที่ทราบว่าทารกจะเกิดมาพิการ การทำหมันสตรีพิการทางสติปัญญาโดยกลัวว่าจะตั้งครรภ์จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งบางครั้งอาจนำไปสู่การถูกล่วงละเมิดที่มากขึ้น เนื่องจากผู้กระทำ (ซึ่งในหลายกรณีเป็นคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว) ไม่ต้องกังวลว่าผู้ถูกกระทำจะตั้งครรภ์⁽¹⁾ จากการสำรวจข้อมูลการละเมิดสิทธิสตรีในประเทศไทย พบว่ายังมีการละเมิดสิทธิด้วย

เหตุแห่งความเป็นหญิง มีสถานการณ์การเลือกปฏิบัติปรากฏชัดเจน ผู้หญิงในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้หญิงในกลุ่มยากจน ผู้หญิงพิการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ มากกว่าผู้หญิงกลุ่มอื่นๆ สตรีพิการเป็นกลุ่มเปราะบางที่เผชิญกับการเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิในหลายด้านด้วยเหตุแห่งความพิการและด้วยเหตุแห่งความเป็นหญิง สตรีพิการจึงมีแนวโน้มที่จะถูกละเมิดสิทธิและถูกกระทำความรุนแรงสูงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการล่วงละเมิดทางเพศ สตรีพิการมีแนวโน้มของการถูกกระทำความรุนแรงสูงกว่าสตรีที่ไม่พิการ นอกจากนี้ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะถูกทับซ้อนกันหลายชั้น เพราะความเป็นผู้หญิงและเพราะความพิการซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย รวมทั้งมีข้อจำกัดที่จะยุติหรือหนีให้พ้นจากความรุนแรงนั้นๆ มากกว่าผู้หญิงทั่วไป โดยในหลายกรณี สตรีพิการถูกล่วงละเมิดจากบุคคลที่ตนเองต้องพึ่งพา การป้องกันหรือต่อต้านทำได้ยาก พ่อแม่ของสตรีพิการมีความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของบุตรสาวที่พิการมากเป็นพิเศษ ชีวิตของสตรีกลุ่มนี้จึงต้องตกอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของครอบครัว หรือพี่น้อง ซึ่งมักตัดสินใจเก็บพวกเธอไว้ที่บ้าน ทำให้ยังขาดโอกาสในการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตในสังคม ขาดการเรียนรู้ทักษะชีวิตและทักษะทางสังคม การรู้เท่าทันและการป้องกันตนเอง ถูกกีดกันจากสังคมในประเด็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์โดยเฉพาะเรื่องของเพศวิถีและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สตรีพิการมักไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อสิทธิสตรีทำให้ไม่สามารถปกป้องสิทธิของตนเอง แม้ว่าจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น ความมีอิสระทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิที่จะเลือกหรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับ

ผู้ชาย หรือการมีเพศวิถีในรูปแบบอื่น สิทธิที่จะเลี้ยงดูเด็ก สิทธิที่จะไม่ถูกลวนลามทางเพศ ทั้งๆ ที่สิทธิเหล่านี้เป็นสิทธิที่สตรีพิการพึงควรจะได้เช่นกัน^(2,13)

สรุป

สุขภาพทางเพศเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับวัยรุ่นสตรีพิการ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร จะทำให้สตรีพิการและครอบครัวตระหนักถึงสิทธิด้านอนามัยเจริญการพันธุ์ของสตรีพิการ อันจะนำไปสู่ความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งการมีทัศนคติที่เหมาะสมในด้านอนามัยเจริญการพันธุ์ ตลอดจนการเข้าถึงบริการเพื่อการมีอนามัยเจริญการพันธุ์ที่ดี สตรีพิการในทุกช่วงวัยควรสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยเจริญการพันธุ์ สตรีพิการวัยรุ่นควรได้รับความรู้ทั้งในระบบ โรงเรียน และความรู้จากหลักสูตรพิเศษและโครงการส่งเสริมความรู้ในด้านนี้ที่จัดให้กับวัยรุ่นทั่วไป ในส่วนของโรงเรียน ควรมีการพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นสตรีพิการ ทั้งการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องจำเป็นในการที่จะช่วยให้วัยรุ่นสตรีพิการก้าวผ่านช่วงวัยนี้ได้อย่างมั่นใจ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป สำหรับสตรีพิการในวัยเจริญพันธุ์และหลังวัยเจริญพันธุ์ ก็ควรได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการที่เหมาะสมตามช่วงวัย และตามความต้องการ โดยโครงการและแผนงานด้านการส่งเสริมอนามัยเจริญการพันธุ์จะต้องรวมเอาสตรีพิการเข้าไว้ด้วยในฐานะกลุ่มเป้าหมายเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. อมรา สุนทรธาดา, อักษรภักดิ์ หลักทอง. สตรีผู้พิการและการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์. ใน: กุลภา วจนสาระ, กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณธิการ. ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. หน้า 167-84.
2. เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์. ความรุนแรงต่อผู้พิการ: ภัยเงียบที่ซ่อนเร้นในสังคม. วารสารสหศาสตร์ 2549; 6 (1):76-107.
3. Vuttanont U, Greenhalgh T, Griffin M, Boynton P. "Smart boys" and "sweet girls" – Sex education needs in Thai teenagers: A mixed method study. Lancet 2006; 368:2068-80.
4. สุริยเดว ทรีปาตี. การศึกษาเยาวชนสาวกการฉันทนชีวิตของเยาวชนในสถานศึกษาประเทศไทย. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2553; 17:7-15.
5. Groce NE. HIV/AIDS and individuals with disability. Health and Human Rights 2005; 8 (2):215-24.

6. UNFPA. A situational analysis of the sexual and reproductive health of women with disabilities. New York: UNFPA; 2009.
7. World Health Organization [WHO]. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. [Cited 2015 Sep 1]. Available from: URL: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
8. Maxwell J, Belser JW, David D. A health handbook for women with disabilities. Berkley (CA):Hesperian Foundation; 2007.
9. Leanne D. Moving forward or losing ground? The sterilization of women and girls with disabilities.[Cited 2014 Aug 12]. Available from: URL: <http://www.wwda.org.au/steril3.htm>
10. Fiduccia WB. Multiplying Choices: Improving Access to Reproductive Health Services for Women with Disabilities. [Cited 2014 Sep 23]. Available from: URL: http://hesperian.info/assets/wwd/Women_with-Disabilities_Full_Book.pdf
11. UNFPA. Programme of action. International Conference on Population and Development; 1994 Sep 5-13; Cairo, Egypt. [Cited 2014 Oct 29]. Available from: URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
12. วิไลยา ธรรมพนิชวัฒน์. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย (บทบรรณาธิการรับเชิญ). วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(4):5-9.
13. เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์. รายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงในเด็กและเยาวชน. กรุงเทพมหานคร: เจริญมั่นคงการพิมพ์; 2554.

การช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล

วริษา กันบัวลา¹ และ ณชนก เอียดสุย²

Warisa Kanbuala¹ and Nachanok Aiadsuy²

บทคัดย่อ

การจมน้ำเป็นอุบัติเหตุทางน้ำที่พบได้บ่อยและเกิดขึ้นในช่วงเวลาอันสั้น แต่หากผู้จมน้ำไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลเบื้องต้นก่อนส่งโรงพยาบาลอย่างทันท่วงทีมักก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ การช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรอดชีวิต ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขจึงควรตระหนักถึงการป้องกันการจมน้ำ และการฝึกทักษะการช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

คำสำคัญ: จมน้ำ; การช่วยเหลือผู้จมน้ำ; ระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล

Abstract

Drowning is a common water accident and could occur in short time. If the drowned victims do not receive prehospital care before referring to the hospital, they can be disable or dead. It is important to help the drowned person in prehospital phase. Therefore, health care providers should be aware of the drowning prevention and provide effective skills to help the drowned persons rapidly in prehospital phase.

Keywords: Drowning; Immersion; Prehospital care

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทนำ

อุบัติการณ์การจมน้ำสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย จากรายงานการจมน้ำระดับโลก (Global Report on Drowning) ขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำทั่วโลกสูงถึง 372,000 คน ซึ่งผู้จมน้ำส่วนใหญ่มักเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้จมน้ำที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ต่ำกว่า 25 และมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศชาย

⁽¹⁾ เช่นเดียวกับสถานการณ์การจมน้ำในประเทศไทย จากรายงานพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 มีผู้จมน้ำจำนวน 5,541 ราย ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นอัตราการเจ็บป่วยเท่ากับ 8.66 ต่อประชากรแสนคน โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตถึง จำนวน 1,702 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 2.66 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งถือเป็นสาเหตุของการสูญเสียอันดับที่สอง รองจากอุบัติเหตุจากรถทางบก จากสถิติพบว่า กลุ่มเด็กช่วงอายุ 1 - 4 ปี เจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 27.13 สำหรับการจมน้ำในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เกิดจากการว่ายน้ำขณะมีเมเมา ซึ่งการดื่มสุรามีผลให้เพิ่มความเสี่ยงในการจมน้ำถึงร้อยละ 10-50 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้จมน้ำส่วนใหญ่เสียชีวิตในระยะก่อนนำส่งถึงโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 55.52 ดังนั้นหากผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือสถานที่เกิดเหตุมีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลและช่วยเหลือผู้จมน้ำได้อย่างถูกต้องจะสามารถช่วยลดการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้

การจมน้ำ (Drowning) เป็นกระบวนการที่มีของเหลวปิดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้นของบุคคลทำให้เกิดความบกพร่องของการหายใจ และไม่สามารถหายใจเอาอากาศเข้าสู่ปอดได้ ซึ่งการจมน้ำอาจเกิดจากร่างกายทั้งหมดจมน้ำอยู่ใต้น้ำ (Submersion) หรือมีบางส่วนของใบหน้าและระบบทางเดินหายใจส่วนต้นจมน้ำอยู่ในน้ำ (Immersion) ผู้จมน้ำมีโอกาสเสียชีวิตภายในระยะเวลา 5-10 นาทีตั้งแต่เริ่มจมน้ำ โดยสาเหตุเกิดจากร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากการสำลักน้ำ และมีภาวะหดเกร็งของสายเสียง (Laryngospasm) แต่หากสามารถช่วยเหลือผู้จมน้ำได้อย่างทันท่วงทีโดยไม่

เสียชีวิตก็ยังสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลจากการจมน้ำได้ เช่น ภาวะเสียสมดุลของระดับเกลือแร่และสารน้ำในร่างกาย (Fluid and electrolytes disturbances) ภาวะเลือดเป็นกรด (Acidemia) ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมักเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้จมน้ำเสียชีวิตในเวลาต่อมา

สาเหตุของการจมน้ำ

สาเหตุของการจมน้ำส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันได้ โดยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการจมน้ำได้แก่ ⁽²⁾

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้จมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด เกิดจากความไม่พร้อมทางด้านร่างกายของบุคคล เช่น ในกลุ่มเด็กหรือผู้ใหญ่ที่ว่ายน้ำไม่เป็น หรือไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงขณะว่ายน้ำหรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคลมชัก หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงขณะว่ายน้ำ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ หรือหยอกล้อกัน เป็นต้น หรือผู้ที่มีสภาพร่างกายไม่พร้อมในการว่ายน้ำมาเป็นเวลานานทำให้เกิดอาการตะคริวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงขณะว่ายน้ำได้นอกจากนี้ยังพบการจมน้ำในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองอีกด้วย

2. ปัจจัยด้านวัตถุและอุปกรณ์ ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการว่ายน้ำหรือดำน้ำหรืออุปกรณ์ป้องกันการจมน้ำชำรุดขณะเกิดอุบัติเหตุทางน้ำ เช่น ตกน้ำ เรือคว่ำ เรือชน เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่ง ส่วนใหญ่เกิดจากแหล่งน้ำไม่มีรั้วรอบขอบชิดหรือที่แบ่งแยกชัดเจน หรืออาจเกิดจากสถานการณ์ทางด้านสภาพอากาศที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อุบัติภัยทางน้ำ ได้แก่ น้ำท่วม น้ำป่าไหลหลาก สภาพภูมิอากาศ พายุ คลื่นลมมรสุม คลื่นสึนามิ หรือกระแสน้ำวนกลับ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการจมน้ำส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านบุคคล รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และด้านวัตถุและอุปกรณ์ ตามลำดับ ⁽³⁾

พยาธิสภาพของการจมน้ำ

เมื่อผู้จมน้ำเริ่มจมน้ำร่างกายจะมีการตอบสนองตามปฏิกิริยาตอบสนอง (Reflex) ของร่างกายโดยผู้จมน้ำจะกลืนหายใจสลับกับบ้วน และกลืนน้ำจำนวนมาก ทำให้น้ำบางส่วนเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและทำให้เกิดการไอ โดยในช่วงระหว่างการกลืนหายใจอาจพบว่ามีการเกร็งตัวของสายเสียงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้การไหลเวียนของอากาศลดลง (Hypoventilation) และเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) และมีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia) ทำให้ผู้ที่จมน้ำหมดสติ และหยุดหายใจ การทำงานของหัวใจลดลง โดยช่วงแรกที่จมน้ำหัวใจที่เต้นเร็ว (Tachycardia) จะเริ่มเต้นช้าลง (Bradycardia) และเกิดภาวะ PEA (Pulseless electrical activity) จนกระทั่งหัวใจหยุดเต้น (Asystole) ซึ่งอาการและอาการแสดงของผู้จมน้ำจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่จมน้ำ โดยผู้จมน้ำจะมีอาการตั้งแต่สำลักน้ำ ไอ อาเจียน ท้องอืด น้ำลายหรือเสมหะเป็นฟองปนเลือด มีฟองของน้ำลายรอบริมฝีปากและรูจมูก ผิวหนังเย็น ชีต ฉีขาว โดยเฉพาะบริเวณริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า เนื่องจากการขาดออกซิเจน นอกจากนี้ผู้จมน้ำอาจมีอาการชัก สับสน กระสับกระส่าย ชีตลง ชีพจรเบา หายใจช้าลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ หมดสติ หยุดหายใจ คล้ายชีพจรไม่ได้ และหัวใจหยุดเต้นได้ในที่สุด

ลักษณะของพยาธิสภาพของการจมน้ำจืดและน้ำเค็มมีลักษณะที่ต่างกัน ซึ่งมีผลต่อแผนการรักษาที่แตกต่างกัน โดยน้ำจืดจะมีระดับความเข้มข้นน้อยกว่าเลือด เมื่อมีการสำลักน้ำจืดเข้าสู่ปอดเป็นจำนวนมาก น้ำก็จะถูกดูดซึมเข้าสู่เนื้อเยื่อปอดกระแสเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการสูญเสียแรงตึงผิวของปอด (Lung surfactant) จึงทำให้ถุงลมปอดแฟบลงและเกิด Intrapulmonary shunt และ Pulmonary venous admixture ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ส่งผลทำให้ปริมาณของเลือดในระบบไหลเวียนของร่างกายเพิ่มมากขึ้น (Hypervolemia) ระดับเกลือแร่โซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดเจือจางลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือ

หัวใจวายได้ นอกจากนี้อาจพบภาวะเม็ดเลือดแดงบวมและแตกได้ (Hemolysis)

ส่วนพยาธิสภาพของการจมน้ำเค็มเกิดเนื่องจากน้ำเค็มซึ่งเป็นน้ำทะเลมีระดับความเข้มข้นมากกว่าเลือด ทำให้น้ำทะเลที่คั่งค้างอยู่ภายในปอดไม่ถูกดูดซึมเข้าเนื้อเยื่ออย่างรวดเร็วเหมือนน้ำจืด แต่จะดึงเอาสารน้ำและโปรตีนในเลือดเข้ามาอยู่ในถุงลมแทนที่อากาศ ทำให้เกิดการดูดซึมน้ำเลือดและพลาสมาจากระบบไหลเวียนของร่างกายเข้าไปในปอด จึงเกิดภาวะปอดบวมน้ำแทนที่จะเกิดภาวะถุงลมแฟบ เช่นเดียวกับการจมน้ำจืด และทำให้ส่งผลต่อความสามารถในการแลกเปลี่ยนแก๊สที่ปอดลดลง ปริมาตรของเลือดและน้ำในระบบไหลเวียนลดลง (Hypovolemia) ระดับเกลือแร่ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจวาย เกิดภาวะช็อก และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ซึ่งจากพยาธิสภาพของการจมน้ำที่แตกต่างกันจึงมีผลต่อการรักษาของแพทย์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นขณะนำส่งโรงพยาบาลจึงควรแจ้งเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ด้วยว่า ผู้จมน้ำจมน้ำประเภทใด เพื่อประโยชน์ในการรักษาสูงสุด

การตอบสนองต่อการจมน้ำ

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการจมน้ำสามารถแบ่งออกได้ 5 ระยะ ซึ่งระยะแรกเป็นระยะตื่นตกใจ (Surprise) ซึ่งเกิดเมื่อผู้จมน้ำรู้สึกตัวตนเองกำลังจะจมน้ำก็จะรู้สึกตื่นตกใจ หรือกลัว และเข้าสู่ระยะดิ้นรนเอาตัวรอด (Fighting) โดยจะพยายามต่อสู้หรือดิ้นรนเพื่อให้ตนเองสามารถลอยตัวมาหายใจบนผิวน้ำให้ได้ ซึ่งต้องใช้พลังกำลังอย่างมากในการพยายามแย่งศีรษะไปทางด้านหลังเพื่อให้ปากและจมูกพ้นจากผิวน้ำ รวมทั้งใช้มือ ตะกุยน้ำเพื่อช่วยในการลอยตัว ใช้ขาถีบน้ำเพื่อดันตัวขึ้นจากน้ำ และพยุคลำตัวในแนวตรง ซึ่งหากยังไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะเริ่มเข้าสู่ระยะหมดกำลัง (Agitation ceases) ซึ่งผู้จมน้ำจะเริ่มหมดแรง เคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง รู้สึกเหนื่อยล้า และอ่อนเพลียอย่างมาก จนเข้าสู่ระยะหมดปฏิกิริยาการตอบสนอง (Extinction Reflexes) โดยกล้ามเนื้อทั่วร่างกายจะหดเกร็ง และเข้าสู่ระยะสุดท้ายคือ ระยะหยุดหายใจ (Apnea/ Termination phase) ซึ่งผู้จมน้ำจะ

ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ไม่หายใจ ขาดออกซิเจน และเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งการช่วยเหลือผู้ที่จมน้ำควรเริ่มอย่างรวดเร็วตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น โดยเมื่อสังเกตเห็นปฏิกิริยาหรือการแสดงออกของผู้ที่อยู่ในน้ำว่ากำลังจะจมน้ำควรให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เพื่อชะลอหรือลดการสูญเสียจากการจมน้ำลง⁽²⁾

การช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล

การช่วยเหลือผู้จมน้ำในที่เกิดเหตุการณหรือก่อนนำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและทันเวลาที่เป็สิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก⁽⁴⁾ เนื่องจากจะลดภาวะแทรกซ้อนจากการจมน้ำและทำให้ผู้จมน้ำมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น⁽¹⁾ ซึ่งผู้ช่วยเหลือใกล้เคียง (Bystanders) หรือนุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service: EMS) ต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้จมน้ำที่ถูกต้องและรวดเร็ว จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนจมน้ำ (Life guard) เป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือผู้จมน้ำและมีบทบาทอย่างมากในการลดภาวะแทรกซ้อนจากการจมน้ำหรือช่วยชีวิตผู้ที่ประสบภัยทางน้ำ⁽³⁾ แต่ปัจจุบันกลับพบว่าประเทศไทยมีจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนจมน้ำที่มีความเชี่ยวชาญไม่เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นสำคัญในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องตระหนักถึงและดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วนต่อไป ซึ่งการช่วยเหลือผู้จมน้ำสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การช่วยเหลือผู้ที่กำลังจะจมน้ำให้เข้าฝั่ง แบ่งตาม

ความสามารถของผู้ช่วยเหลือเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

แบบที่ 1 กรณีที่ผู้ช่วยเหลือว่ายน้ำไม่เป็นหรือไม่ได้รับการฝึกทักษะในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำจนชำนาญ ถ้าผู้จมน้ำอยู่ใกล้ฝั่งให้ผู้ช่วยเหลือยืนบนพื้นที่มีความมั่นคงหรือนอนราบไปบนฝั่ง ใช้มือข้างหนึ่งยึดฝั่งไว้ให้แน่น แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งยื่นอุปกรณ์ช่วยเหลือให้แก่ผู้จมน้ำ ได้แก่ ทุ่นลอยประเภทต่างๆ เช่น Rescue tube, Rescue Board, Ring Buoy, ไม้สำหรับยื่น (Reaching pole) และ Shepherd's Crook), ถุงโยน (Throw bag) หรือเชือก

ช่วยชีวิตยาวประมาณ 40-50 ฟุต เป็นต้น นอกจากนี้อาจหาอุปกรณ์ที่อยู่ใกล้ตัว เช่น ไม้ สิ่งของที่สามารยยึดเหนี่ยวได้ อุปกรณ์ลอยน้ำอื่นๆ เช่น ถุง ขวดน้ำพลาสติก หรือแกลลอนเปล่าที่ผูกกับเชือกช่วยชีวิต เป็นต้น หากผู้จมน้ำอยู่ไกลฝั่ง ให้ผู้ช่วยเหลือโยนอุปกรณ์ดังกล่าวให้แก่ผู้ที่กำลังจะจมน้ำยึดเกาะไว้เพื่อรอการช่วยเหลือเข้าสู่ฝั่งต่อไป แต่หากพิจารณาแล้วว่าตนเองไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ตามลำพัง ห้ามลงไปในน้ำเพื่อช่วยเหลือผู้จมน้ำเด็ดขาด ให้รีบขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคน หรือโทร 1669 เพื่อเรียกหน่วยกู้ชีพทันที⁽⁵⁾

แบบที่ 2 กรณีผู้ช่วยเหลือสามารถว่ายน้ำได้และได้รับการฝึกทักษะในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำจนชำนาญ สามารถช่วยเหลือผู้จมน้ำได้โดยการยื่น หรือโยนอุปกรณ์ช่วยเหลือให้แก่ผู้จมน้ำ แต่หากไม่มีอุปกรณ์ผู้ช่วยเหลือต้องว่ายน้ำไปช่วยเหลือผู้จมน้ำ โดยมีเทคนิคการช่วยเหลือดังนี้

วิธีที่ 1 การดึงผู้จมน้ำเข้าหาฝั่งด้วยการกอดไขว้หน้าอก (Cross Chest) วิธีนี้ผู้ช่วยเหลือต้องว่ายน้ำเข้าช่วยทางด้านหลังของผู้จมน้ำ แล้วใช้มือข้างหนึ่งพาดบ่าให้ไหล่ด้านหลังของผู้ช่วยเหลือไขว้ทะแยงกับหน้าอก และจับข้างลำตัวด้านตรงข้ามของผู้จมน้ำ ส่วนมืออีกข้างของผู้ช่วยเหลือใช้ว่ายน้ำเข้าหาฝั่ง ในขณะที่พุงตัวผู้จมน้ำเข้าหาฝั่ง ต้องพยายามให้ใบหน้าของผู้จมน้ำลอยอยู่เหนือน้ำ

วิธีที่ 2 การดึงผู้จมน้ำเข้าหาฝั่งด้วยการจับคาง (Side Stroke) วิธีนี้ผู้ช่วยเหลือจะว่ายน้ำเข้าทางด้านหลังของผู้จมน้ำ แล้วใช้มือทั้ง 2 ข้าง จับบริเวณขากรรไกรทั้งสองข้างของผู้จมน้ำ จากนั้นผู้ช่วยเหลือใช้เท้าดันน้ำเพื่อช่วยพุงผู้จมน้ำเข้าหาฝั่ง โดยพยายามให้ใบหน้าของผู้จมน้ำลอยอยู่เหนือน้ำ

วิธีที่ 3 การดึงผู้จมน้ำเข้าหาฝั่งด้วยการจับข้อมือ วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้จมน้ำที่มีความตื่นตระหนกหรือพยายามจะกอดรัดผู้ช่วยเหลือโดยผู้ช่วยเหลือให้ผู้จมน้ำเหยียดแขนข้างใดข้างหนึ่งขึ้นเหนือศีรษะไปยังผู้ช่วยเหลือ

หลังจากนั้นผู้ช่วยเหลือจับที่หลังมือหรือข้อมือของผู้จมน้ำ แล้วใช้มืออีกข้างวักน้ำพุงตัวเข้าหาฝั่ง โดยที่ปากและจมูกของผู้จมน้ำลอยอยู่นือผิวน้ำ

วิธีที่ 4 การดึงผู้จมน้ำเข้าหาฝั่งด้วยการจับผม วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้จมน้ำที่ตื่นมากหรือพยายามจะถอดรัดผู้ช่วยเหลือโดยผู้ช่วยเหลือวักน้ำเข้าทางด้านหลังของผู้จมน้ำ แล้วใช้มือข้างหนึ่งจับผมของผู้จมน้ำไว้ให้แน่น จากนั้นใช้มืออีกข้างวักน้ำพุงตัวเข้าหาฝั่ง โดยให้ปากและจมูกของผู้จมน้ำลอยอยู่นือผิวน้ำ เทคนิคการช่วยเหลือผู้จมน้ำทั้ง 4 วิธีนี้ ผู้ช่วยเหลือสามารถเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งตามความชำนาญ ทั้งนี้ควรกระทำด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว และยึดหลักความปลอดภัยเป็นสำคัญ

2. การช่วยเหลือเมื่อผู้จมน้ำมาถึงฝั่ง เมื่อผู้ช่วยเหลือสามารถช่วยนำผู้จมน้ำมาถึงบริเวณฝั่งแล้วควรดูแลให้ผู้จมน้ำขึ้นจากน้ำมาบนฝั่งอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้จมน้ำหรือผู้ช่วยเหลือ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้จมน้ำเนื่องจากอุบัติเหตุทางน้ำ ผู้ช่วยเหลือต้องระมัดระวังเรื่องกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนในระหว่างการเคลื่อนย้าย โดยเมื่อผู้ช่วยเหลือนำผู้จมน้ำมาถึงบริเวณน้ำตื้นที่สามารถขึ้นได้อย่างสะดวกให้ใช้ไม้กระดานแข็งสอดลงใต้น้ำเพื่อรองรับตัวผู้จมน้ำ แล้วใช้ผ้ารัดตัวผู้จมน้ำให้ติดกับไม้กระดานไว้เพื่อเป็นการเข้าเฟือกชั่วคราวในน้ำ (Spinal Stabilization in Water)⁽⁴⁾ หากสงสัยว่ามีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ ผู้ช่วยเหลือควรให้การช่วยเหลือผู้จมน้ำจากด้านข้างแทน จากนั้นยกแขนทั้งสองข้างของผู้จมน้ำขึ้นขนานด้านข้างของศีรษะ เพื่อใช้ประคองไม่ให้ศีรษะของผู้จมน้ำเคลื่อนไหว แล้วค่อยๆ พลิกตะแคงตัวของผู้จมน้ำ โดยให้แขนของผู้จมน้ำขนานด้านข้างศีรษะของตนเองตลอดเวลา รวมทั้งช่วยดูแลให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอ ในกรณีนี้หากผู้จมน้ำไม่หายใจ ผู้ช่วยเหลือสามารถช่วยเปิดทางเดินหายใจและช่วยหายใจได้ทันที โดยการช่วยหายใจในอัตรา 10 – 12 ครั้ง/นาที ในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าฝั่ง⁽⁵⁾

3. การช่วยเหลือเมื่อผู้จมน้ำขึ้นมาจากน้ำ มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้ช่วยเหลือควรจัดให้ผู้จมน้ำนอนหงายราบบนพื้น หากผู้จมน้ำรู้สึกตัวและมีอาการอาเจียนให้จับหน้าของผู้จมน้ำหันไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก แต่ในกรณีที่ผู้จมน้ำไม่รู้สึกตัวให้จัดท่านอนราบบนพื้นแข็ง เพื่อเตรียมการประเมินและช่วยเหลือต่อไป

3.2 หากผู้ช่วยเหลือพบว่าผู้จมน้ำยังหายใจและรู้สึกตัวอยู่ให้รีบเปิดทางเดินหายใจ และนำส่งโรงพยาบาลทันที แต่หากผู้จมน้ำไม่หายใจและไม่รู้สึกตัวให้ผู้ช่วยเหลือรีบเปิดทางเดินหายใจและช่วยหายใจทันทีที่สามารถทำได้โดยใช้วิธีเป่าจมูก (Mouth to nose breathing) หรือ เป่าปาก (Mouth to mouth breathing) ผู้ช่วยเหลือต้องคลำชีพจรบริเวณเส้นเลือดแดงใหญ่บริเวณคอ (Carotid artery) หรือ เส้นเลือดที่ขาหนีบ (Femoral artery) พร้อมสังเกตการหายใจ โดยใช้เวลาในการประเมินไม่เกิน 10 วินาที หากพบว่าผู้จมน้ำไม่มีชีพจรและไม่หายใจ ให้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพทันที (Cardiopulmonary resuscitation, CPR) โดยการกดหน้าอก สลับการช่วยหายใจในอัตรา 30 ต่อ 2 จนกว่าผู้ป่วยจะมีชีพจร การช่วยฟื้นคืนชีพควรเริ่มต้นด้วยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง (Airway: A) และช่วยการหายใจ (Breathing: B) ก่อนการนวดหัวใจ (Circulation: C) ตามลำดับ (A – B – C) แทนที่จะเป็น (C- A- B) ตามแนวทางการฟื้นคืนชีพของสมาคมแพทย์หัวใจสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2015 ถ้าผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองหรือไม่หายใจ และบริเวณนั้นมีเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED) ควรเช็ดหน้าอกให้แห้งก่อนการติดแผ่นกระตุกไฟฟ้า และปฏิบัติตามคำแนะนำของเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติอย่างเคร่งครัด

สำหรับการเปิดทางเดินหายใจผู้ช่วยเหลือไม่ควรทำการกดท้อง (Abdominal thrust maneuver) เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง นอกจากจะเสียเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น แล้วยังส่งผลให้สมองขาดออกซิเจนเป็นระยะ

เวลานานเกินไปจนอาจทำให้สมองตาย แต่สถานการณ์การช่วยเหลือผู้จมน้ำในประเทศไทยกลับพบว่ามีการช่วยเหลือผู้จมน้ำด้วยวิธีนี้ค่อนข้างมาก ทั้งที่การกดท้องสามารถทำได้ในผู้จมน้ำที่มีน้ำในกระเพาะอาหารมากจนเป็นอุปสรรคต่อการกดหน้าอกในการช่วยฟื้นคืนชีพเท่านั้น โดยการกดท้องที่ถูกวิธีต้องให้ผู้จมน้ำนอนหงาย แล้วกดบริเวณหน้าท้องด้านมาทางด้านยอดอก น้ำก็จะออกจากกระเพาะอาหาร ส่วนวิธีการเอาน้ำออกจากปอดควรให้ผู้จมน้ำนอนคว่ำตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ผู้ช่วยเหลือก็กดตัวลงและใช้มือทั้ง 2 ข้างจับบริเวณชายโครงทั้งสองข้างของผู้จมน้ำ ยกขึ้นและลง น้ำก็จะไหลออกจากปากและจมูก เมื่อทำการกดท้องแล้วควรเริ่มทำการช่วยฟื้นคืนชีพตามขั้นตอนทันที

3.3 เมื่อผู้จมน้ำเริ่มมีชีพจรและ สามารถหายใจได้เอง ควรถอดเสื้อผ้าที่เปียกชื้นออก แล้วใช้ผ้าแห้งคลุมตัวเพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย โดยไม่ควรให้ผู้จมน้ำดื่ม น้ำหรือรับประทานอาหารใดๆ ทั้งสิ้น

3.4 ผู้ช่วยเหลือรับ นำผู้จมน้ำทุกรายส่งโรงพยาบาลทันที เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการจมน้ำ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรช้าลง อุณหภูมิร่างกายลดลงอย่างมาก มีการหายใจลำบาก ชักเป็นต้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557 : 145)

การส่งต่อผู้จมน้ำเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ช่วยเหลือให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้จมน้ำอย่างถูกต้องแล้ว ควรรีบเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้จมน้ำไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วทันที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการจมน้ำและลดอัตราเสียชีวิตลง โดยในระหว่างการนำส่งโรงพยาบาลควรเน้นที่การดูแลและการช่วยหายใจเป็นหลัก ผู้จมน้ำส่วนใหญ่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 24 – 72 ชั่วโมง โดยอาจได้รับการตรวจวินิจฉัยต่างๆ เช่น การเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับความเข้มข้นของออกซิเจนและตรวจหาความเข้มข้นของสารเกลือแร่ต่างๆ ในเลือด การเอ็กซเรย์ปอดเพื่อประเมินภาวะปอดอักเสบหรือภาวะปอดแฟบ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อป้องกันและแก้ไข

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้จมน้ำบางรายที่มีภาวะพร่องออกซิเจนอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ส่วนผู้จมน้ำที่มีความดันโลหิตลดลงหรือมีภาวะช็อกต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนอย่างเพียงพอ และหากผู้จมน้ำมีภาวะหัวใจวายหรือมีภาวะน้ำเกินอาจจำเป็นต้องได้รับยาขับปัสสาวะและยารักษาโรคหัวใจร่วมด้วย

บทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการช่วยเหลือผู้จมน้ำ

การจมน้ำเป็นอุบัติเหตุทางน้ำที่พบได้บ่อยและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งหากผู้จมน้ำไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงรวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิต และส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายจิตใจของทั้งผู้ประสบภัยและครอบครัว ซึ่งบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้จมน้ำตั้งแต่ระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปบทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลได้ดังนี้

1. การป้องกันการจมน้ำ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการณรงค์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเชิงรุกเพิ่มขึ้น โดยเน้นการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1.1. ให้ความรู้และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับทักษะการเอาตัวรอดในน้ำ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีทักษะพื้นฐานในการลอยตัวในน้ำเพื่อรอการช่วยเหลือเมื่อเกิดการจมน้ำ

1.2. ให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการจมน้ำ หรืออุปกรณ์ช่วยชีวิตทางน้ำต่างๆ ให้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดทักษะการช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย

1.3. ประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนในการตรวจสอบการใช้ป้ายเตือนและการเฝ้าระวังอันตรายในแหล่งน้ำให้มีความชัดเจน หรือการกั้นรั้วบริเวณแหล่งน้ำ

1.4 ประสานงานกับผู้ประกอบการท่องเที่ยวในพื้นที่เพื่อจัดโครงการรณรงค์เพื่อตรวจสอบมาตรฐานอุปกรณ์การช่วยเหลือทางน้ำให้มีมาตรฐาน และพร้อมใช้งานตลอดเวลา

1.4 จัดโครงการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทั่วไปในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะลงเล่นน้ำหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางน้ำ

2. การช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุขควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะการช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มัคคุเทศก์ เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนจมน้ำ นักท่องเที่ยว พนักงานหรือผู้ประกอบการท่องเที่ยว ประชาชนทั่วไปที่ต้องสัญจรทางน้ำ เป็นต้น และควรมีการจัดอบรมเพื่อ

ทบทวนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

บทสรุป

ปัจจุบันอุบัติการณ์การจมน้ำของเด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยยังคงมีสถิติค่อนข้างสูง ซึ่งการจมน้ำเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน การช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกวิธีและรวดเร็วเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนจึงควรตระหนักถึงการป้องกันการจมน้ำ และการช่วยเหลือผู้จมน้ำในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล โดยควรจัดให้มีการอบรม รณรงค์หรือประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และเสริมสร้างทักษะในการช่วยเหลือผู้จมน้ำอย่างถูกวิธีแก่ประชาชนทั่วไปหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Martinez, F. E., & Hooper, A. J. (2014). Drowning and immersion injuries. *Anaesthesia and intensive care medicine*, 15(9), 420-423.
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). (2557). คู่มือแนวทางปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำและทะเล (Maritime and Aquatic Life Support Guidelines Manual). นนทบุรี : อัลติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด
3. Quan, L., Bierens, J. J., Lis, R., Rowhani-Rahbar, A., Morley, P., & Perkins, G. D. (2016). Predicting outcome of drowning at the scene: A systematic review and meta-analyses. *Resuscitation*, 10, 463-75. doi:10.1016/j.resuscitation.2016.04.006
4. Clement, I. (2013). Textbook on First Aid and Emergency Nursing. Bangladesh: Jaypee Brothers Medical Publishers.
5. Nelson, S. W., & McCorvey, S. C. (2015). Submersion and Drowning Injuries. *Trauma Reports*, 16(3), 1-12.

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์**Factor of effect to OPD nurse service quality Khongchai hospital Kalasin province.**นนุช ภูทะวัง¹Nongnuch phutawang¹**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพทั่วไป ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความมั่นใจและความน่าเชื่อถือต่อผู้มารับบริการ ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการรักษาพยาบาล 2) แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลม้องชัย ประกอบด้วย การวางแผนการให้บริการ การปฏิบัติตามแผน การติดตามประเมินผล ควบคุมคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพ 3) ความพึงพอใจต่อการให้บริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการให้บริการ ด้านคุณภาพบริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ และด้านสถานที่ อยู่ระดับพึงพอใจมาก

คำสำคัญ: คุณภาพการบริการ

Abstract

This research was action research aimed to studied factor of effect to OPD nurse service quality , development of OPD nurse service quality and studied satisfaction of OPD client Khongchai hospital Kalasin province. Sample size were 210 OPD client. Research tools were group process and questionnaire. Data were analyzed by percentage , mean and standard deviation.

The study indicated that effect to 1) OPD nurse service quality Khongchai hospital Kalasin province namely general conditions , the tangible service , confidence and trustworthiness of service users , understanding and responding to medical services.2) OPD nurse service guideline include service planning , planned Implementation , follow up , quality control and quality improvement. 3) Service satisfaction 4 aspects namely service , quality of service , staff or service providers and the place were much level

Keyword: service quality

¹ โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ตามนโยบายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545 ได้ให้ความสำคัญของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชน ทำให้ความต้องการในการใช้บริการด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศ ประชาชนเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมากถึงวันละ 1,000-1,500 คน ทำให้การบริการไม่คล่องตัว ผู้ให้บริการทำงานหนักเกินไป ส่วนผู้ใช้บริการต้องรอพบแพทย์เป็นเวลานาน สร้างความไม่พึงพอใจ เกิดปัญหาหรือเรียนตามมา หน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นสถานบริการด้านแรกของโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นจุดที่มีปฏิสัมพันธ์สูงสุดของระบบบริการกับชุมชนคือแผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient department) การที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสามารถยกระดับคุณภาพ และมาตรฐานการบริการ การปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้จำเป็นต้องมีองค์ประกอบการดำเนินงานดังนี้ 1) กระบวนการวางแผนการบริหารจัดการคุณภาพ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย นโยบาย ตัวชี้วัด วางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน การมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักและทีมดำเนินงาน รวมถึงบทบาทหน้าที่ การพัฒนาสมรรถนะทีมการพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติ การกำหนดแนวทางวิธีการปฏิบัติ และการจัดระบบการสนับสนุนทีมการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้ 2) กระบวนการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การกำหนดระบบการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ การประเมินผลการปฏิบัติ โดยการกำหนดระบบการควบคุมคุณภาพ ได้แก่ การมอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบ กำหนดเครื่องมือ วางแผนการดำเนินงาน การพัฒนาผู้ดำเนินการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ กระบวนการดำเนินการตรวจสอบ ควบคุม และ 3) การปรับปรุงคุณภาพ ได้แก่ การนำผลการวัด และประเมินคุณภาพ มาวิเคราะห์หาสาเหตุ หารากของปัญหา การหาวิธีการแก้ไขปัญหา การป้องกันปัญหา ไม่ให้เกิดซ้ำ กระบวนการวางแผนการจัดการปัญหา โดยการศึกษา การกำหนดผลลัพธ์ เป้าหมายที่ต้องการในระยะยาว การกำหนดผลลัพธ์ประจำวัน

ตรวจสอบ ควบคุมกำกับ และให้ข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง การวางแผน และดำเนินการปรับปรุงคุณภาพ และการประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพต่อเนื่อง⁽¹⁾

โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ระดับ F3 เปิดให้บริการเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นองค์กรภาครัฐที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ภายใต้นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก ใน 2 ไตรมาส ของปีงบประมาณ 2560 เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 2,100 ราย ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งปัจจุบันสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีความครอบคลุมทั้งเรื่องการคุ้มครองสิทธิ การรับเรื่องร้องเรียน ในกรณีที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการบริการและพฤติกรรมบริการของบุคลากรสาธารณสุข⁽²⁾

จากความสำคัญที่กล่าวมาในข้างต้นจึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงสภาพปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลที่ได้มายกระดับ และพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย ในด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก ด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ด้านความมั่นใจและน่าเชื่อถือต่อผู้มารับบริการ ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการรักษาพยาบาล เพื่อนำข้อมูล ที่ได้จากการศึกษาไปนำเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการให้ผู้รับบริการรับรู้ตรงตามความคาดหวังและเพื่อให้การบริการของแผนกผู้ป่วยนอกเกิดประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึง 31 กรกฎาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ บุคลากรโรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และประชาชนทั้งหมดที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนที่มารับบริการไม่ซ้ำกัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่

1. บุคลากรโรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) จำนวน 10 คน

2. ประชาชนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ หาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้คือ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของประชากร ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลม้องชัย จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ประกอบด้วยคำถามด้านบวกทั้งหมด มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วเสนอผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยและมีความรู้ เพื่อตรวจสอบและพิจารณา แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบในด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดสอบใช้ (Try-Out) กับประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลมุกดาหาร อำเภอมุกดาหาร จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 20 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน ใช้สูตรหาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของ คอนบาค (Conbach) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.8690

ขั้นตอนการศึกษา

การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วยขั้นตอนในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาคุณภาพการบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการมีส่วนร่วม

ร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. การนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสังเกต ติดตาม ประเมินผล ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะทางประชากร ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าฐานนิยมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การมีอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการให้บริการ ความเสมอภาคในการให้บริการ ความสะอาดของวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ สถานที่มีอากาศถ่ายเทอากาศสะดวกและไม่มีกลิ่น บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าตายิ้มแย้มในการให้บริการ มีความเป็นสัสดส่วนของสถานที่ให้บริการ การจัดสถานที่เป็นระเบียบ สะดวกต่อการติดต่อและให้บริการ ระยะเวลาในการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีความเหมาะสม มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอต่อการให้บริการ สถานที่ให้บริการมีความสะอาด มีความเป็นสัสดส่วนของสถานที่ให้บริการ

2. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ได้แก่ มีป้ายแจ้งชื่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ชัดเจน มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยและพร้อมใช้งาน มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการเพียงพอ มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถ เพียงพอต่อการให้บริการ มีป้ายชี้แจงการรับบริการ มีป้ายแสดงจุดให้บริการรักษาและป้ายแนะนำจุดต่างๆชัดเจน เหมาะแก่การให้บริการ สถานที่ไม่แออัด มีแสงสว่างเพียงพอ มีการแยกจุดคัดกรองและจุดให้บริการโรคติดต่อชัดเจน มีอุปกรณ์

สำหรับปฏิบัติงานที่พร้อมใช้งานอย่างเพียงพอ เปิดทำการในสถานที่ที่มองเห็นได้ง่าย ชัดเจน มีป้ายแจ้งเวลาเปิด – ปิด

3. ด้านความมั่นใจและความน่าเชื่อถือต่อผู้รับบริการ ได้แก่ การตรวจร่างกายจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เฉพาะด้านทุกครั้ง การให้บริการตรงกับที่ประกาศหรือแจ้งให้ทราบ ได้รับใบเสร็จทุกครั้งหลังชำระเงิน มีความมั่นใจว่าได้รับการรักษาแล้วอาการจะทุเลาจนหาย บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการมีความรู้ความสามารถเพียงพอ การรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย เว้นแต่จะได้รับการยินยอมต่อผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ มีความมั่นใจว่าได้รับความปลอดภัยจากการได้รับการรักษา การให้บริการถูกต้องแม่นยำ ไม่ผิดพลาด และตรงต่อเวลาทุกครั้ง มีการแจ้งวันและเวลานัดหมายทุกครั้งพร้อมกันกับระบุในใบนัดอย่างชัดเจน มีความมั่นใจว่าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

4. ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ การบริการตามลำดับคิว ไม่มีการลัดคิวให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีอัตรากำลังดี และปฏิบัติตัวต่อผู้มารับบริการด้วยความสุภาพ มีบริการที่ตอบสนองความต้องการได้ทั่วถึง, ทันทีทันที่ และเสมอภาคเท่าเทียมกัน บุคลากรที่ให้บริการมีศักยภาพในการให้บริการ พยาบาลหน้าห้องตรวจอธิบายขั้นตอนการรอตรวจและตอบข้อซักถามได้ดี แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ อธิบายสาเหตุการเกิดโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและพยายามแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การบริการที่เป็นไปตามลำดับขั้นตอน บุคลากรผู้ให้บริการ ให้บริการด้วยความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการให้บริการ ชี้แจงขั้นตอนการรับบริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลืองานด้านการช่วยเหลือคนไข้

ปัญหาที่พบจากการให้บริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า ในการดำเนินงานของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่ามีประเด็นที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินงานด้านการบริการ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดของการดูแลต่อเนื่องในภาพรวม การกำหนดมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติของกระบวนการ

หลัก และกิจกรรมย่อย ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร การประชุมปรึกษา แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และแนวทางการดำเนินงานระหว่างทีมการพยาบาล การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง การพัฒนาศักยภาพอสม.ในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง และการวัด ประเมินผล และตรวจสอบคุณภาพภายใน

2. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จ. ก ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริหารพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่องชัย และปัญหาจากการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงได้ทำการการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดย การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นเครื่องมือในการพัฒนา เกิดเป็นขั้นตอนกระบวนการ ในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

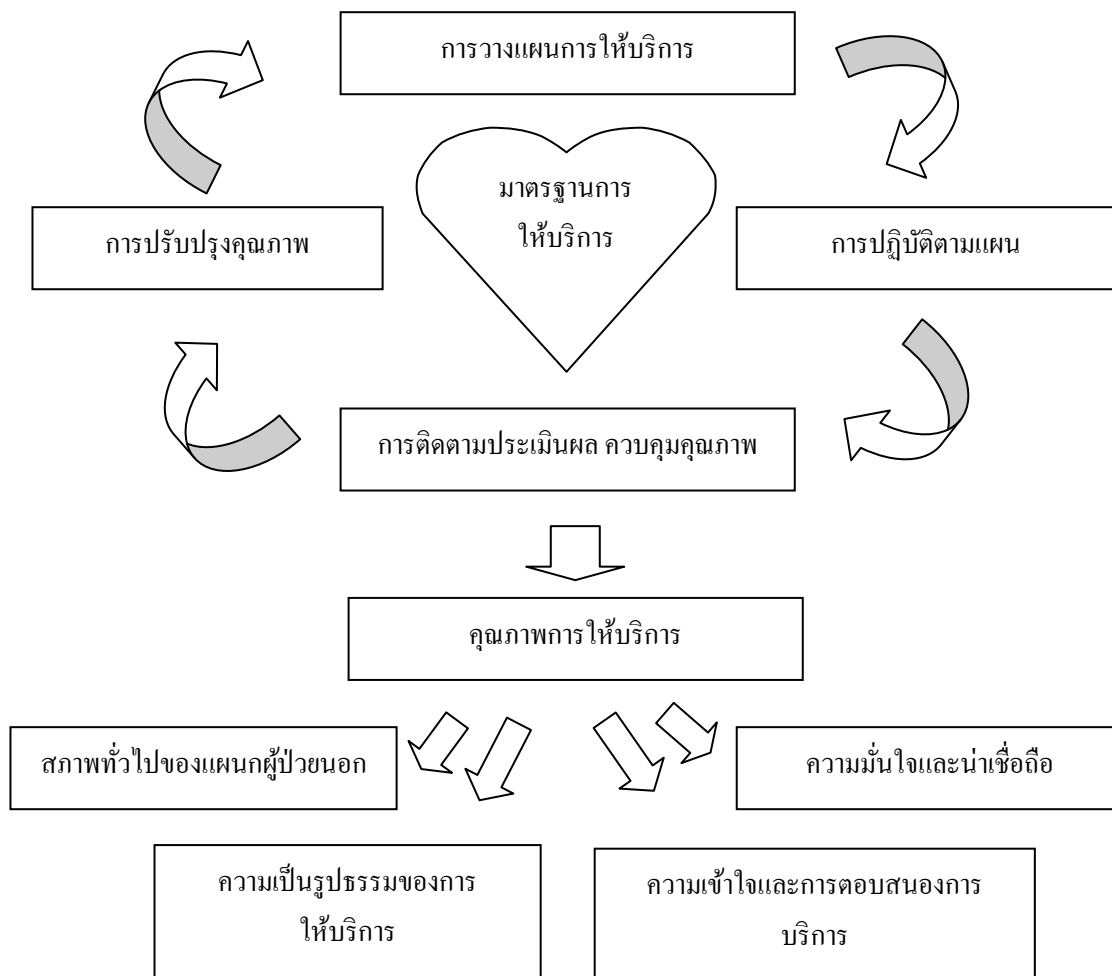
ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ หรือวิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการปรับปรุงเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ การวิเคราะห์จากกระบวนการหลักของการบริการพยาบาลที่เป็นปัญหา หรือกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง – ยกระดับ โดยมีเป้าหมายการวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การค้นหาปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา หรือเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้สามารถปรับปรุง/ยกระดับคุณภาพได้

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 การสังเกต ติดตามประเมินผล ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้ 1) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง 2) ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นไม่ค่อยชัด อ่านหนังสือไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ ผู้ศึกษาได้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบคำถามทีละข้อจนครบทุกส่วน 3) ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

จากกระบวนการดังกล่าว ทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่องชัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่องชัย ครอบคลุมมาตรฐานการให้บริการ 4 ด้าน คือ ด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก ด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ด้านความมั่นใจและน่าเชื่อถือต่อผู้มารับบริการ ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการรักษาพยาบาล ดังนี้



ภาพประกอบ 1 แนวทางการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาล

จากภาพประกอบ 1 การที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาลจนกระทั่งสามารถยกระดับคุณภาพ และมาตรฐานการบริการได้ จำเป็นต้องมีองค์ประกอบการดำเนินงานดังนี้

1. การวางแผนการบริหารจัดการคุณภาพ ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมาย นโยบาย ตัวชี้วัด วางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน 2) การมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักและทีมดำเนินงาน รวมถึงบทบาทหน้าที่ 3) การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติ 4) การกำหนดแนวทาง วิธีการปฏิบัติ และ 5) การจัดระบบการสนับสนุนทีมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้

2. การปฏิบัติตามแผนการบริหารจัดการคุณภาพ ประกอบด้วย 1) เป้าหมาย นโยบาย ตัวชี้วัด วางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน 2) ผู้รับผิดชอบหลักและทีมดำเนินงาน รวมถึงบทบาทหน้าที่ 3) การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติ 4) แนวทาง วิธีการปฏิบัติ และ 5) ระบบการสนับสนุนทีมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้

3. การติดตามประเมินผล ควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การกำหนดระบบการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ 2) การประเมินผลการปฏิบัติ โดยการกำหนดระบบการควบคุมคุณภาพ ได้แก่ การมอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบ กำหนดเครื่องมือ วางแผนการดำเนินงาน การพัฒนาผู้ดำเนินการตรวจสอบ

ควบคุมคุณภาพ ซึ่งได้แก่ หัวหน้าทีม หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอื่น 3) กระบวนการดำเนินการตรวจสอบ ควบคุม เช่น การติดตามการปฏิบัติ การให้ข้อเสนอแนะระหว่างการทำงานประจำวันโดยหัวหน้าทีม เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการปฏิบัติงานจะบรรลุผลลัพธ์ระยะสั้นที่ต้องการทุกวันและจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายระยะยาว 4) การวัด และประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าหน่วยงาน และผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นระยะ 5) การนำผลการวัดและประเมินไปใช้ในการวิเคราะห์ ปรับปรุงคุณภาพต่อเนื่องต่อไป

4. การปรับปรุงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) การนำผลการวัด และประเมินคุณภาพ มาวิเคราะห์หาสาเหตุ รากของปัญหา ที่สำคัญคือการวิเคราะห์กระบวนการหลัก โดยเฉพาะการวิเคราะห์กิจกรรมที่สำคัญ (Critical activities) การหาวิธีการแก้ไขปัญหา การป้องกันปัญหา ภาวะแทรกซ้อน หรือข้อผิดพลาด ไม่ให้เกิดซ้ำ 2) กระบวนการวางแผนการจัดการปัญหา โดยการศึกษา ทบทวนงานวิจัย หรือกระบวนการพัฒนา หรือศึกษาการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นเปรียบเทียบ และประยุกต์ กระบวนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง 3) การกำหนดผลลัพธ์ เป้าหมายที่ต้องการในระยะยาว หรือภาพรวม 4) การกำหนดผลลัพธ์ประจำวัน ตรวจสอบ ควบคุมกำกับ และให้ข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง 5) การวางแผน และดำเนินการปรับปรุงคุณภาพ และ 6) การประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพต่อเนื่อง

3. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนongชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนongชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก ด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ด้านความมั่นใจและน่าเชื่อถือต่อผู้มารับบริการ ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการรักษาพยาบาล

3.1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากรของประชาชน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนongชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี อยู่ในช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.3 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.4 สถานะของผู้กรอกแบบสอบถามเป็นผู้ป่วย ร้อยละ 91.9 มาใช้บริการไม่ใช่ครั้งแรก ร้อยละ 68.6 เหตุผลการมาใช้บริการคือ มาใช้บริการตามสิทธิการรักษา ร้อยละ 49.0 และสิทธิในการรักษาครั้งนี้คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 58.6

3.2 คุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการศึกษาคูณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนongชัย พบว่า ด้านคุณภาพบริการทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.9 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.9 โดยจากการศึกษารายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดคือ ด้านความมั่นใจ และน่าเชื่อถือต่อผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ ด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.9 ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.5 และด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.5

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนongชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนongชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกเป็นด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก การมีอัตราที่ยืดต่อผู้รับบริการ ความเสมอภาคในการให้บริการ ความสะอาดของวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ สถานที่มีอากาศถ่ายเทอากาศสะดวกและไม่มียุงลาย บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าตายิ้มแย้มในการให้บริการ มีความเป็นสัสดส่วนของสถานที่ให้บริการ การจัดสถานที่เป็นระเบียบ สะดวกต่อการติดต่อและให้บริการ ระยะเวลาในการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีความเหมาะสม มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอต่อการให้บริการ สถานที่ให้บริการมีความสะอาด มีความเป็นสัสดส่วนของสถานที่ให้บริการ

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ได้แก่ มีป้ายแจ้งชื่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ชัดเจน มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยและพร้อมใช้งาน มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการเพียงพอ มีจำนวนบุคลากรทาง การแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถ เพียงพอต่อการให้บริการ มีป้ายชี้แจงการรับบริการ มีป้ายแสดงจุดให้บริการรักษาและป้ายแนะนำจุดต่างๆชัดเจน เหมาะแก่การให้บริการ สถานที่ไม่แออัด มีแสงสว่างเพียงพอ มีการแยกจุดคัดกรองและจุดให้บริการโรคติดต่อชัดเจน มีอุปกรณ์สำหรับปฏิบัติงานที่พร้อมใช้งานอย่างเพียงพอ เปิดทำการในสถานที่ที่มองเห็นได้ง่าย ชัดเจน มีป้ายแจ้งเวลาเปิด – ปิด ด้านความมั่นใจและความน่าเชื่อถือต่อผู้มารับบริการ ได้แก่ การตรวจร่างกายจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เฉพาะด้านทุกครั้ง การให้บริการตรงกับที่ประกาศหรือแจ้งให้ทราบ ได้รับใบเสร็จทุกครั้งหลังชำระเงิน มีความมั่นใจว่าได้รับการรักษาแล้วอาการจะทุเลาจนหาย บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการมีความรู้ความสามารถเพียงพอ การรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย เว้นแต่จะได้รับการยินยอมต่อผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ มีความมั่นใจว่าได้รับความปลอดภัยจากการได้รับการรักษา การให้บริการถูกต้องแม่นยำ ไม่ผิดพลาด และตรงต่อเวลาทุกครั้ง มีการแจ้งวันและเวลานัดหมายทุกครั้งพร้อมทั้งระบุในใบนัดอย่างชัดเจน มีความมั่นใจว่าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ การบริการตามลำดับคิวไม่มีการลัดคิวให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีอัธยาศัยดี และปฏิบัติตัวต่อผู้มารับบริการด้วยความสุภาพ มีบริการที่ตอบสนองความต้องการได้ทั่วถึง, ทันทั่วถึง และเสมอภาคเท่าเทียมกัน บุคลากรที่ให้บริการมีศักยภาพในการให้บริการ พยาบาลหน้าห้องตรวจอธิบายขั้นตอนการตรวจและตอบข้อซักถามได้ดี แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ อธิบายสาเหตุการเกิดโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและพยายามแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การบริการที่เป็นไปตามลำดับขั้นตอน บุคลากรผู้ให้บริการ ให้บริการด้วยความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการให้บริการ ชี้แจงขั้นตอนการรับบริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรผู้ทำหน้าที่

ช่วยเหลืองานด้านการช่วยเหลือคนไข้ ในการดำเนินงานของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่ามีประเด็นที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินงานด้านการบริการ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดของการดูแลต่อเนื่องในภาพรวม การกำหนดมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติของกระบวนการหลัก และกิจกรรมย่อย ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร การประชุมปรึกษา แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และแนวทางการดำเนินงานระหว่างทีมการพยาบาล การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง และการวัด ประเมินผล และตรวจสอบคุณภาพภายใน จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดย การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ กระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นเครื่องมือในการพัฒนา ได้แก่ 1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล การนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ และ การสังเกต ติดตาม ประเมินผล

จากกระบวนการดังกล่าว ทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม้องชัย ครอบคลุมมาตรฐานการให้บริการ 4 ด้าน คือ ด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก ด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ด้านความมั่นใจและน่าเชื่อถือต่อผู้มารับบริการ ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการ รักษาพยาบาล มุ่งองค์ประกอบการดำเนินงานดังนี้

1. การวางแผนการบริหารจัดการคุณภาพ ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมาย นโยบาย ตัวชี้วัด วางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน 2) การมอบหมาย ผู้รับผิดชอบหลักและทีมดำเนินงาน รวมถึงบทบาทหน้าที่ 3) การพัฒนาสมรรถนะทีมการพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติ 4) การกำหนดแนวทาง วิธีการปฏิบัติ และ 5) การ

จัดระบบการสนับสนุนทีมการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้

2. การปฏิบัติตามแผนการบริหารจัดการคุณภาพ ประกอบด้วย 1) เป้าหมาย นโยบาย ตัวชี้วัด วางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน 2) ผู้รับผิดชอบหลักและทีมดำเนินงาน รวมถึงบทบาทหน้าที่ 3) การพัฒนาสมรรถนะทีมการพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติ 4) แนวทาง วิธีการปฏิบัติ และ 5) ระบบการสนับสนุนทีมการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้

3. การติดตามประเมินผล ควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การกำหนดระบบการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ 2) การประเมินผลการปฏิบัติ โดยการกำหนดระบบการควบคุมคุณภาพ ได้แก่ การมอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบ กำหนดเครื่องมือ วางแผนการดำเนินงาน การพัฒนาผู้ดำเนินการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ ซึ่งได้แก่ หัวหน้าทีม หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอื่น 3) กระบวนการดำเนินการตรวจสอบ ควบคุม เช่น การติดตามการปฏิบัติการให้ข้อเสนอแนะระหว่างการปฏิบัติงานประจำวันโดยหัวหน้าทีม เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการปฏิบัติงานจะบรรลุผลลัพธ์ระยะสั้นที่ต้องการทุกวันและจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายระยะยาว 4) การวัด และประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าหน่วยงาน และผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นระยะ 5) การนำผลการวัดและประเมินไปใช้ในการวิเคราะห์ ปรับปรุงคุณภาพต่อเนื่องต่อไป

4. การปรับปรุงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) การนำผลการวัด และประเมินคุณภาพ มาวิเคราะห์หาสาเหตุหารากของปัญหา ที่สำคัญคือการวิเคราะห์กระบวนการหลักโดยเฉพาะการวิเคราะห์กิจกรรมที่สำคัญ (Critical activities) การหาวิธีการแก้ไขปัญหา การป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อน หรือข้อผิดพลาด ไม่ให้เกิดซ้ำ 2) กระบวนการวางแผนการจัดการปัญหา โดยการศึกษาบทบาทงานวิจัย หรือกระบวนการพัฒนา หรือศึกษาการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นเปรียบเทียบกับ และประยุกต์กระบวนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง 3) การกำหนดผลลัพธ์ เป้าหมายที่ต้องการในระยะยาว หรือภาพรวม 4) การกำหนดผลลัพธ์ประจำวัน ตรวจสอบ

ควบคุมกำกับ และให้ข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง 5) การวางแผน และดำเนินการปรับปรุงคุณภาพ และ 6) การประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพต่อเนื่อง

จากผลการดำเนินงาน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจของคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โดยคิดจากภาพรวมทุกด้าน ทั้งด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความมั่นใจ และน่าเชื่อถือต่อผู้รับบริการ และด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.5 ซึ่งพบว่าประชาชนผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งถือว่าไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้อมชัย เพราะระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสอดคล้องกับ สุวิมล คำอ้อย (2555)⁽³⁾ ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกอ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการให้บริการ ด้านคุณภาพบริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ และด้านสถานที่ อยู่ระดับพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D. = 0.51) และเมื่อแยกเป็นรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านสภาพทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.9 ซึ่งถือว่าไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพราะระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสอดคล้องกับ

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.5 ซึ่งถือว่าไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพราะระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสอดคล้องกับ สมฤดี ธรรมสุรดี (2554)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการและความภักดีต่อตราสินค้า ของโรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ด้านความมั่นใจ และน่าเชื่อถือต่อผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 63.3 ซึ่งถือว่าไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพราะระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ สมฤดี ธรรมสุริ (2554)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการและความภักดีต่อตราสินค้าของโรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยคุณภาพบริการ ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนใน เขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ด้านความเข้าใจและการตอบสนองการบริการ รักษาพยาบาล อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.5 ซึ่งถือว่าไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพราะระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ สมฤดี ธรรมสุริ (2554)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการและความภักดีต่อตราสินค้า ของโรงพยาบาลเอกชน ในเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยคุณภาพบริการ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการการบริการ มีความสัมพันธ์กับ

การตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรใช้ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่ง ในการประเมินคุณภาพสถานบริการ เพื่อ สะท้อนให้ ปฏิบัติงานหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้มองเห็น ปัญหา และเกิดการยอมรับที่ตรงกัน และเพื่อจัดลำดับ ความสำคัญของกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพโดยรวมของ สถาน บริการและเป็น แนวทางในการกำหนดนโยบาย พัฒนาการให้บริการของหน่วยงาน

2. ควรพัฒนาบุคลากร ภายในโรงพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งเรื่องพฤติกรรมบริการ และเรื่องความรู้ในการ ให้บริการ เช่น ด้านบุคลากร การจัด อบรม พัฒนาเรื่อง ศิลปะการพูด ศิลปะการให้บริการ การสื่อสารด้วยวาจา หรือทักษะการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จริยธรรม การให้บริการ แก่ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อ สร้างความพึงพอใจ ให้กับผู้ใช้บริการมากยิ่งขึ้น

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของความเข้าใจ ต่อการดำเนินงานของผู้ให้บริการ เพื่อเป็นแนวทางในการ ปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จินนะรัตน์ ศรีภักตร์ภิญโญ. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อความคุ้มค่า คุ่มทุน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักการพยาบาล กรมการ แพทย์, 2551.
2. โรงพยาบาลหม้อชัย. ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลหม้อชัย. 2559
3. สุวิมล คำย้อย. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหยวก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยวก ตำบลบ้านหยวก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี, 2555.
4. สมฤดี ธรรมสุริ. ปัจจัยคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการและความภักดีต่อตราสินค้าของโรงพยาบาลเอกชน ในเขต กรุงเทพมหานคร, 2554.

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษา

วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

จังหวัดปทุมธานี

Relationship Between Knowledge, Awareness, and Behavior Towards Global Warming

Among Students of College of Innovative Management, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under
the Royal Patronage, Pathum Thani Province

ประภาพร ชูลีลัง¹

Prapaporn Chulilung¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อน 3) เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ จำนวน 86 คน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test, F-test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.97 \pm 2.29$) มีความตระหนัก และพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07 \pm 0.48$ และ 3.50 ± 0.40 ตามลำดับ) จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ ชั้นปี และสาขาวิชา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ ควรมีการบูรณาการและสอดแทรกแนวคิดด้านสิ่งแวดล้อมไว้ในทุกหลักสูตรของคณะ และให้การสนับสนุนกิจกรรมของนักศึกษาด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและการลดภาวะโลกร้อนเพื่อสร้างความตระหนักแก่นักศึกษา นอกจากนี้คณะควรจัดทำโครงการด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและการลดภาวะโลกร้อนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, ความตระหนัก, พฤติกรรม, ภาวะโลกร้อน

Abstract

This research aims to 1) examine the knowledge, awareness and behavior towards global warming (GW) reduction among students of College of Innovative Management (CIM), Valaya Alongkorn Rajabhat University (VRU) under the Royal Patronage, Pathum Thani Province, 2) determine the relationship among knowledge, awareness and behavior towards GW reduction, 3) compare knowledge, awareness and behavior categorized by personal factors towards GW reduction. The questionnaires were used to collect data from 86 CIM students. The data were analyzed using frequency, percentage and standard deviation. The hypothesis testing utilized t-test, F-test, and Pearson's product moment correlation techniques.

The results showed that GW knowledge of CIM students was at moderate level ($\bar{X} = 13.97 \pm 2.29$) whereas their awareness and behavior towards GW reduction were at high levels ($\bar{X} = 4.07 \pm 0.48$ and 3.50 ± 0.40 , respectively). The hypothesis testing found that the knowledge, awareness and behavior towards GW reduction were correlated with statistical significance ($p < .01$). Comparison of the knowledge, awareness and

¹ อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

behavior categorized by gender, year of the study and study program revealed no statistically significant difference. Therefore, the study has recommended the integration of environmental concepts into all programs of the faculty and the increase of support to students' environmental preservation and GW reduction activities in order to increase the environmental awareness. In addition, CIM should set up the conservation and GW reduction projects in order to achieve the goal of global warming reduction

.Keywords: knowledge, awareness, behavior, global warming

บทนำ

โลกเป็นที่อยู่อาศัยที่ให้ความร่มเย็นแก่มนุษย์ ความสมดุลของระบบธรรมชาติทำให้สิ่งมีชีวิตต่าง ๆ เกิดขึ้น แต่การดำรงอยู่ของมนุษย์ในระยะเวลาที่ยาวนาน การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรโลก และการพัฒนากิจกรรมทางเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศโดยทำให้อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกสูงขึ้นหรือเกิดภาวะโลกร้อนอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้⁽¹⁾ ภาวะโลกร้อนคือการที่อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกเพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการดำเนินกิจกรรมของมนุษย์ที่ทำให้เกิดก๊าซเรือนกระจกซึ่งมีคุณสมบัติในการดูดซับคลื่นรังสีความร้อนไว้ในบรรยากาศของโลก ก๊าซเรือนกระจก ประกอบด้วย ไอน้ำ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ก๊าซมีเทน ก๊าซไนตรัสออกไซด์ และก๊าซไฮโดรฟลูออโรคาร์บอน ความรุนแรงของภาวะโลกร้อนเป็นปัญหาสำคัญและเป็นวิกฤติของโลก

องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) ได้เผยแพร่ข้อมูลระดับน้ำทะเลเฉลี่ยของโลกในช่วง 100 ปีที่ผ่านมาได้เพิ่มสูงขึ้นระหว่าง 10 - 25 เซนติเมตร หลายฝ่ายเชื่อว่าการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำทะเลนี้ มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิในบรรยากาศชั้นล่างของโลกที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.3 - 0.6 องศาเซลเซียส มีการคาดการณ์ว่าการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิโลกอาจทำให้ระดับน้ำทะเลเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 50 เซนติเมตรในปี พ.ศ. 2643 นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของกระแสน้ำในมหาสมุทรอาจส่งผลให้ระดับน้ำทะเลในท้องถิ่นหรือภูมิภาคเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าหรือน้อยกว่าระดับเฉลี่ยของโลกได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับน้ำทะเลสูงขึ้น คือ การขยายตัวของผิวน้ำทะเลเมื่ออุณหภูมิเพิ่มสูงขึ้น โดยมีการละลายของภูเขาน้ำแข็งในขั้วโลกเป็นต้นฉบับสนับสนุนด้วย ซึ่งมีการคาดการณ์ว่า

หากระดับน้ำทะเลสูงขึ้นอีก 1 เมตร พื้นที่ชายฝั่งของประเทศต่างๆ จะสูญหายไป เช่น ประเทศอูรูกวัยจะหายไปร้อยละ 0.05 ประเทศอียิปต์ร้อยละ 1.0 ประเทศเนเธอร์แลนด์ร้อยละ 6.0 ประเทศบังกลาเทศร้อยละ 17.5 และบางประเทศในหมู่เกาะมาร์แชลอาจสูญเสียดังร้อยละ 80⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 อุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปีของประเทศสูงกว่าค่าปกติ 1.0 องศาเซลเซียส และสูงกว่า พ.ศ. 2558 ซึ่งสูงกว่าค่าปกติ 0.8 องศาเซลเซียส โดยอุณหภูมิเฉลี่ยรายเดือนสูงกว่าค่าปกติเกือบทุกเดือน โดยเฉพาะเดือนเมษายนและพฤษภาคมสูงกว่าค่าปกติ 2.2 และ 1.8 องศาเซลเซียส ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำทะเลปานกลาง ณ สถานีตรวจวัดระดับน้ำเกาะหลัก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ วัดได้ 2.6 เมตร มีค่าระดับน้ำทะเลปานกลางเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก พ.ศ. 2558 และมีแนวโน้มขึ้นจาก พ.ศ. 2550 การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ส่งผลต่ออุณหภูมิ ปริมาณฝน พายุหมุนเขตร้อน ทำให้ฤดูกาลต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยทำให้มีฤดูร้อนที่ยาวนานขึ้น ฤดูหนาวสั้นลง เกิดภาวะแห้งแล้งและอุทกภัยที่มีความรุนแรง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยหลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อพืชผลการเกษตร โดยเฉพาะ ข้าว ข้าวโพด อ้อย การเลี้ยงสัตว์ และการประมง ผลกระทบต่อสุขภาพ โดยสภาพอากาศที่ร้อนขึ้นเอื้ออำนวยต่อการขยายพันธุ์ของแมลงให้สามารถฟักตัวและเจริญเติบโตได้ดี เป็นสาเหตุให้เกิดโรคระบาด ผลกระทบต่อระบบนิเวศและความหลากหลายทางชีวภาพ มีการอพยพย้ายถิ่นฐาน สภาพอากาศที่อุ่นขึ้นจะทำให้การกระจายตัวของพันธุ์พืชและสัตว์เปลี่ยนแปลงไป⁽³⁾

มหาวิทยาลัยราชภัฏเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีการกิจหลัก 4 ประการ ประกอบด้วย การจัดการเรียนการสอน การวิจัย

การให้บริการทางวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการกิจทั่วไปของสถาบันอุดมศึกษา แห่งมหาวิทยาลัยราชภัฏ มีการกิจและปณิธานสำคัญตามพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2547 คือการเป็นสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น⁽⁴⁾ ดังนั้น มหาวิทยาลัยจึงควรเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการเตรียมเยาวชนที่มีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาประเด็นปัญหาทางสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเป็นผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมในสังคมและท้องถิ่นอย่างยั่งยืน⁽⁵⁾

วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นคณะที่จัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตบัณฑิตทั้งในระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษา โดยพัฒนา ประยุกต์ และนำนวัตกรรมแห่งความรู้สู่ชุมชน ท้องถิ่น และสังคม สาขาวิชาที่จัดการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีเป็นสาขาที่มุ่งผลิตบัณฑิตเข้าสู่ภาคธุรกิจบริการ ดังนั้นนักศึกษาจึงควรได้รับการปลูกฝังให้มีความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีพฤติกรรมที่เป็นการช่วยลดปัญหาสิ่งแวดล้อม และการทบทวนเอกสาร งานวิจัย พบว่า ยังไม่เคยมีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม ที่มีต่อประเด็นทางสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน ซึ่งเป็นประเด็นทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในปัจจุบัน ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่เป็นการช่วยลดภาวะโลกร้อนแก่นักศึกษาให้เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และมีบทบาทที่เหมาะสมในการช่วยรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของคนในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการช่วยภาวะโลกร้อนของนักศึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการช่วยลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษาจำแนกตามเพศ ชั้นปี และหลักสูตร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ของวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ในระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน 2560

ประชากรเป้าหมาย

ประชากร คือนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่เป็นนักศึกษาชาวไทย ทั้ง 4 ชั้นปี ของวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ประจำปีการศึกษาที่ 1/2560 จำนวน 91 คน⁽⁶⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลได้จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 83.52

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล แบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อน เป็นข้อคำถามเลือกตอบถูกผิด จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การประเมินดังนี้^(7,8)

คะแนน 16 – 20 คะแนน มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

คะแนน 15 – 12 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79.99)

คะแนน 0 – 11 คะแนน มีความรู้ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ตอนที่ 3 ความตระหนัก ต่อภาวะโลกร้อน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 11 ข้อ และเชิงลบ จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้⁽⁹⁾ 1.00 – 1.49 = ต่ำที่สุด, 1.50 – 2.49 = ต่ำ, 2.50 – 3.49 = ปานกลาง, 3.50 – 4.49 สูง และ 4.50 – 5.00 สูงที่สุด

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 22 ข้อ และข้อความเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้⁽⁹⁾ 1.00 – 1.49 = ต่ำที่สุด, 1.50 – 2.49 = ต่ำ, 2.50 – 3.49 = ปานกลาง, 3.50 – 4.49 สูง และ 4.50 – 5.00 สูงที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 เป็นข้อคำถามที่ใช้ได้

2. ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามในข้อ 1 ไปทดสอบ (Try-out) กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำไปทดสอบกับนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิต ในปีการศึกษาที่ 1/2560 จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อน โดยการคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.707 และ 2) แบบวัดความตระหนัก และ แบบวัดพฤติกรรมการช่วยภาวะโลกร้อน โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.877 และ 0.791 ตามลำดับ และได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.861

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับ คะแนนความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน

2. สถิติอ้างอิงที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน มีดังนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลก โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) แปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้⁽¹⁰⁾

$r = \pm 0.10 - \pm 0.29$ มีความสัมพันธ์ระดับน้อย

$r = \pm 0.30 - \pm 0.49$ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

$r = \pm 0.50 - \pm 1.0$ มีความสัมพันธ์ระดับมาก

2) เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นปี และสาขาวิชา โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) และสถิติทดสอบเอฟ (F-test) หรือ One-way ANOVA⁽¹¹⁾

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.42) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 30.26) ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาสาขาวิชาการจัดการธุรกิจการบิน (หลักสูตรนานาชาติ) (ร้อยละ 60.52) มีภูมิลำเนาในต่างจังหวัด (ร้อยละ 67.19) สถานที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 46.06) นักศึกษาเกินครึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 53.95) บิดามารดามีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 35.53) ส่วนใหญ่เคยได้เข้าร่วมกิจกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่มหาวิทยาลัยหรือหน่วยงาน องค์กรภายนอกจัด (ร้อยละ 77.63) ทั้งหมดได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะโลกร้อน (ร้อยละ 100) เกินครึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะโลกร้อนจากสื่อโทรทัศน์ (ร้อยละ 55.26)

2. ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษามหาวิทยาลัยนครพนมวิทยาเขตมโนรมย์

ราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี พบว่า

นักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.97 ± 2.29 คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน และสูงสุด 19 คะแนน เมื่อพิจารณาตามสัดส่วนพบว่า นักศึกษามีความรู้ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.68 รองลงมาคือความรู้ในระดับสูงและระดับต่ำมีจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 26.67 และ 25.00 ตามลำดับ

นักศึกษามีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07 \pm 0.48$) เมื่อพิจารณาตามสัดส่วนพบว่านักศึกษากลุ่มใหญ่มีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนในระดับมาก ร้อยละ 64.47 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับปานกลาง ร้อยละ 22.37 และ 13.16 ตามลำดับ

นักศึกษามีพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนในระดับมาก ($\bar{X} = 3.50 \pm 0.40$) เมื่อพิจารณาตามสัดส่วนพบว่านักศึกษากลุ่มใหญ่มีพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนในระดับมาก ร้อยละ 54.67 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง 45.33 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนอยู่ในระดับมากมี 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการที่อยู่อาศัย และด้านการใช้พลังงาน ($\bar{X} = 3.76 \pm 0.59$ และ 3.64 ± 0.53 ตามลำดับ) ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านบริโภคสินค้าและบริการ ($\bar{X} = 3.32 \pm 0.82$ และ 3.25 ± 0.40 ตามลำดับ)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน ของนักศึกษา

No	Results Relationship	Correlation (r)	p-value
1	ความรู้และความตระหนัก	0.537	0.000*
2	ความรู้และพฤติกรรม	0.331	0.003*
3	ความตระหนักและพฤติกรรม	0.313	0.006*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 ความรู้มีความสัมพันธ์กับความตระหนัก ($r = .537$) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน ($r = .331$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นความสัมพันธ์เชิงบวก และความตระหนักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน ($r = .313$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกเช่นกัน

4. เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อน ของนักศึกษาวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนจำแนกตามเพศ

รายการ	เพศ	N	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	p-value
ความรู้	ชาย	24	13.83	2.29	0.21	0.362	0.719 ^{ns}
	หญิง	52	14.04	2.30			
ความตระหนัก	ชาย	24	4.11	0.47	0.06	0.472	0.638 ^{ns}
	หญิง	52	4.05	0.48			
พฤติกรรม	ชาย	24	3.52	0.37	0.05	0.494	0.623 ^{ns}
	หญิง	52	3.47	0.40			

หมายเหตุ: ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2560

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษา จำแนกตามเพศ ด้านความรู้ พบว่า นักศึกษาชายและหญิงมีความรู้ในระดับปานกลาง โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ($\bar{X}$ = 14.04 และ 13.83 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่านักศึกษาชายและหญิงมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความตระหนัก พบว่า นักศึกษาชายและหญิงมีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.11

และ 4.05 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่า นักศึกษาชายและหญิงมีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรม พบว่า นักศึกษาชายมีพฤติกรรมในการลดภาวะโลกร้อนในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.52) ส่วนเพศหญิงมีพฤติกรรมในการลดภาวะโลกร้อนในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.47) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่านักศึกษาชายและหญิงมีพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 3 เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนจำแนกตามชั้นปี

รายการ	ชั้นปี	$\bar{x}$	S.D.	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	<i>p-value</i>
ความรู้	ชั้นปีที่ 1	14.70	1.94	ระหว่างกลุ่ม	21.373	3	7.124	1.384	0.255 ^{ns}
	ชั้นปีที่ 2	13.91	2.18	ภายในกลุ่ม	370.574	72	5.147		
	ชั้นปีที่ 3	13.21	2.83	รวม	391.947	75			
	ชั้นปีที่ 4	13.71	2.29						
	รวม	13.97	2.29						
ความตระหนัก	ชั้นปีที่ 1	3.97	0.55	ระหว่างกลุ่ม	0.582	3	0.195	0.855	0.468 ^{ns}
	ชั้นปีที่ 2	4.12	0.48	ภายในกลุ่ม	16.422	72	0.228		
	ชั้นปีที่ 3	4.04	0.47	รวม	17.007	75			
	ชั้นปีที่ 4	4.20	0.37						
	รวม	4.07	0.48						
พฤติกรรม	ชั้นปีที่ 1	3.47	0.39	ระหว่างกลุ่ม	0.061	3	0.020	0.129	0.943 ^{ns}
	ชั้นปีที่ 2	3.47	0.44	ภายในกลุ่ม	11.340	72	0.158		
	ชั้นปีที่ 3	3.50	0.41	รวม	11.401	75			
	ชั้นปีที่ 4	3.54	0.32						
	รวม	3.49	0.39						

หมายเหตุ: ns ไม่มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษา จำแนกตามชั้นปี ด้านความรู้พบว่า ทุกชั้นปีมีความรู้ในระดับปานกลาง โดยชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาชั้นปีที่ 2

และคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือชั้นปีที่ 3 ($\bar{X}$ = 14.04, 13.91 และ 13.21 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) พบว่านักศึกษาชั้นปีที่แตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความตระหนัก พบว่า นักศึกษาทุกชั้นปีมีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนในระดับมาก โดยชั้นปีที่ 4 มีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนมากที่สุด รองลงมาชั้นปีที่ 2 และต่ำที่สุด คือชั้นปีที่ 1 ($\bar{X}$ = 4.20, 4.12 และ 3.97 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่แตกต่างกันมีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรม พบว่า นักศึกษาชั้นปี 4 และ ชั้นปีที่ 3 มีพฤติกรรมในการลดภาวะโลกร้อนในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.54

และ 3.50 ตามลำดับ) ส่วนชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 มีพฤติกรรมในการภาวะโลกร้อนในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 3.47 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่แตกต่างกันมีความพฤติกรรมในการลดภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนจำแนกตามสาขาวิชา

รายการ	สาขาวิชา	$\bar{X}$	S.D.	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้	การบริหารในอุตสาหกรรมการบิน	11.33	0.58	ระหว่างกลุ่ม	22.324	3	7.441	1.450	0.236 ^{ns}
	การจัดการธุรกิจการบิน (หลักสูตรนานาชาติ)	14.02	2.27	ภายในกลุ่ม	369.62	72	5.134		
	การจัดการการบินและการโรงแรม	14.15	2.60	รวม	391.94	75			
	การจัดการธุรกิจการบินบริการผู้สูงอายุ	14.29	1.25		7				
	รวม	13.97	2.29						
ความตระหนัก	การบริหารในอุตสาหกรรมการบิน	3.80	0.35	ระหว่างกลุ่ม	1.217	3	0.406	1.850	0.146 ^{ns}
	การจัดการธุรกิจการบิน (หลักสูตรนานาชาติ)	4.17	0.42	ภายในกลุ่ม	15.790	72	0.219		
	การจัดการการบินและการโรงแรม	3.92	0.61	รวม	17.007	75			
	การจัดการธุรกิจการบินบริการผู้สูงอายุ	3.97	0.33						
	รวม	4.07	0.48						
พฤติกรรม	การบริหารในอุตสาหกรรมการบิน	3.45	0.39	ระหว่างกลุ่ม	0.216	3	0.087	0.563	0.641 ^{ns}
	การจัดการธุรกิจการบิน (หลักสูตรนานาชาติ)	3.52	0.36	ภายในกลุ่ม	11.139	72	0.156		
	การจัดการการบินและการโรงแรม	3.50	0.49	รวม	11.401	75			
	การจัดการธุรกิจการบินบริการผู้สูงอายุ	3.32	0.31						
	รวม	3.49	0.39						

หมายเหตุ: ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษาจำแนกตามสาขาวิชา ด้านความรู้ พบว่า สาขาวิชาบริการใน

อุตสาหกรรมการบิน มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 11.33) ส่วนสาขาอื่นๆ นักศึกษามีความรู้ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ สาขาการจัดการ

ธุรกิจการบริการผู้สูงอายุ สาขาการจัดการการบินและการโรงแรม และ การจัดการธุรกิจการบิน (หลักสูตรนานาชาติ) ($\bar{X}$ = 14.29, 14.15 และ 14.02 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) พบว่านักศึกษาสาขาวิชาที่แตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความตระหนัก พบว่า นักศึกษาทุกสาขาวิชามีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนในระดับมาก โดยนักศึกษาสาขาวิชาการจัดการธุรกิจการบิน (หลักสูตรนานาชาติ) มีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนมากที่สุด รองลงมาสาขาวิชาการจัดการธุรกิจการบริการผู้สูงอายุ และ ต่ำที่สุด คือการบริการในอุตสาหกรรมการบิน ($\bar{X}$ = 4.17, 3.97 และ 3.80 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) พบว่านักศึกษาสาขาวิชาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการลดภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรม พบว่า นักศึกษาสาขาวิชาที่มีพฤติกรรมในการลดภาวะโลกร้อนในระดับมากมี 2 สาขา ได้แก่ การจัดการธุรกิจการบิน (หลักสูตรนานาชาติ) และ สาขาวิชาการจัดการการบินและการโรงแรม ($\bar{X}$ = 3.52, และ 3.50 ตามลำดับ) ส่วนอีก 2 สาขา มีพฤติกรรมในการลดภาวะโลกร้อนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ สาขาวิชาบริการในอุตสาหกรรมการบิน และสาขาวิชาการจัดการธุรกิจการบริการผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 3.45 และ 3.32 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) พบว่านักศึกษาสาขาวิชาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการลดภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

1. นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อน ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =13.97) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาไม่ได้ให้ความสนใจกับรายละเอียดเนื้อหาเชิงวิชาการเรื่องภาวะโลกร้อนมากนัก ความรู้ส่วนใหญ่ได้จากที่เคยเรียนหรือจากสื่อต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัวและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ประกอบกับความรู้ที่สะสมอยู่ในตนและสามารถระลึกได้ ซึ่ง

ตามแนวความคิดประเมินระดับความรู้ของบลูมอธิบายว่าเป็นความรู้ที่อยู่ในระดับที่ระลึกได้ (Recall) ซึ่งเป็นระดับที่นักศึกษามีความสามารถในการดึงข้อมูลที่เคยได้เรียนรู้ออกมาจากความจำได้ โดยสังเกตจากการทำแบบทดสอบความรู้ของนักศึกษาพบว่าข้อคำถามที่นักศึกษาตอบได้คะแนนต่ำที่สุดจะเป็นคำถามที่ต้องอาศัยตรรกะในการพิจารณาถึงความเชื่อมโยงของข้อเท็จจริงจึงจะสามารถค้นหาคำตอบที่ถูกต้องได้ เช่น ข้อคำถาม การสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสภาพอากาศเป็นการช่วยลดภาวะโลกร้อน และการรับประทานผักผลไม้ นอกฤดูกาลเป็นการเพิ่มการขนส่ง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อน เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา นัยพัฒน์⁽¹²⁾ พบว่านักเรียนพยาบาลวิทยาลัยกองทัพมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนในระดับปานกลาง และ สอดคล้องกับ นริศรา บังสือ⁽¹³⁾ (2554) พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนในระดับปานกลาง และ สอดคล้องกับ นริศ ทวีสุข⁽¹⁴⁾ (2541) พบว่านักศึกษาทางไกลที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาคร มีความรู้เกี่ยวกับมลพิษทางสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง

2. นักศึกษามีความความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.07) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่มหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานภายนอกจัด (ร้อยละ 77.63) และทั้งหมดได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะโลกร้อน (ร้อยละ 100) โดยนักศึกษาได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโลกร้อนจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 55.26) ซึ่งสื่อโทรทัศน์สามารถส่งข่าวสารไปยังผู้รับสารได้อย่างกว้างขวาง มีทั้งภาพและเสียงและมีการประชาสัมพันธ์ที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์⁽¹⁵⁾ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา นัยพัฒน์⁽¹²⁾ พบว่านักเรียนพยาบาลวิทยาลัยกองทัพ มีความตระหนักต่อการลดภาวะโลกร้อนอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของนริศรา บังสือ⁽¹³⁾ พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความตระหนักต่อภาวะโลกร้อนในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ คมกฤษ บังแสง⁽¹⁶⁾

พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความตระหนักในการใช้บรรจุภัณฑ์ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ตลาดน้ำอัมพวา อยู่ในระดับมาก

3. นักศึกษามีพฤติกรรมต่อการลดภาวะโลกร้อนในระดับมาก ($\bar{X}=3.50$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมหาวิทยาลัยมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดภาวะโลกร้อนหลายรูปแบบ เช่น การปลูกต้นไม้ตามโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี การรณรงค์การจัดการขยะในมหาวิทยาลัย การรณรงค์ประหยัดน้ำ – ไฟ – แอร์- ลิฟท์ เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมที่ดีต่อการลดภาวะโลกร้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา นัยพัฒน์⁽¹²⁾ พบว่านักเรียนพยาบาลวิทยาลัยกองทัพบก มีพฤติกรรมการช่วยลดโลกร้อนอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 73.8) และสอดคล้องกับการศึกษากับการศึกษากองทัพเรือ พ่วงเปี้ย⁽¹⁷⁾ พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการลดภาวะโลกร้อนของตนเองและครอบครัวในระดับมาก

4. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนมีความสัมพันธ์กับความตระหนักการลดภาวะโลกร้อนในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = .537$) ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อน ในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .331$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และความตระหนักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .313$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) กล่าวคือเมื่อนักศึกษามีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับภาวะโลกร้อนเพิ่มมากขึ้น จะมีผลต่อพฤติกรรมลดปัญหาภาวะโลกร้อนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากความรู้มีส่วนสำคัญก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ เมื่อมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไร จึงก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติและปฏิบัติจริง⁽¹⁸⁾ ดังนั้นความรู้และความตระหนักจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมต่อการลดภาวะ

โลกร้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา นัยพัฒน์⁽¹²⁾ พบว่าความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนของนักเรียนพยาบาลกองทัพบกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สุขบัว⁽¹⁵⁾ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ครุสารพิสิฐ⁽¹⁹⁾ พบว่าความตระหนักต่อปัญหาภาวะโลกร้อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการลดปัญหาโลกร้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดตมา แสงวิเชียร⁽²⁰⁾ พบว่าความรู้ มีความสัมพันธ์กับความตระหนักในการแก้ไขปัญหาโลกร้อนและ ความตระหนักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการช่วยลดปัญหาโลกร้อน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aminrad et al.⁽²¹⁾ พบว่าความรู้ ความตระหนัก และทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในมาเลเซียมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

5. เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมลดภาวะโลกร้อน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นปี และสาขาวิชา พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจุบันประเด็นปัญหาภาวะโลกร้อนเป็นเรื่องที่หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ให้ความสำคัญในการป้องกันแก้ไขและรับมือกับปัญหาดังกล่าว มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และรณรงค์สู่ประชาชนผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ หลายช่องทาง จึงทำให้นักศึกษา ทุกเพศ ทุกชั้นปี และสาขาวิชา มีความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมลดโลกร้อน ไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่านักศึกษาได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโลกร้อนผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 55.26 รองลงมาคือสื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 34.21 ซึ่งสื่อโทรทัศน์สามารถส่งข่าวสารไปยังผู้รับสารได้อย่างกว้างขวาง มีทั้งภาพและเสียง และมีการประชาสัมพันธ์ที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ส่วนสื่ออินเทอร์เน็ตทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา และสามารถติดตามย้อนหลังได้ตลอดเวลา ซึ่งผลการศึกษา

สอดคล้องกับ กาญจนา สุขบัว⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ พบว่า เพศ ชั้นปี และสาขาวิชาที่แตกต่างกัน ความรู้ด้านภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกัน และชั้นปีที่แตกต่างกัน พฤติกรรมลดภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประธิป ดวงแก้ว⁽²²⁾ พบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ชั้นปีที่แตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับวัฒนา จันทระเสน⁽²³⁾ ศึกษาพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ประเภทวิชาช่างอุตสาหกรรม ในสถานศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษา พบว่าพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมไม่สัมพันธ์กับสาขาวิชาที่เรียน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่านักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลกร้อนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากทุกหลักสูตรในแต่ละสาขาวิชาของวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ ไม่มีการเรียนการสอนในรายวิชาด้านสิ่งแวดล้อมโดยตรง ดังนั้นควรมีการบรรจุรายวิชาด้านสิ่งแวดล้อมหรือสอดแทรกเนื้อหาและแนวคิดด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมไว้ในทุกหลักสูตร ตลอดทั้งสนับสนุนกิจกรรมของนักศึกษาด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ สร้างความตระหนัก และพฤติกรรมที่เหมาะสมด้านสิ่งแวดล้อม และการลดปัญหาภาวะโลกร้อนแก่นักศึกษา

2. มหาวิทยาลัยควรมีการกำหนดนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในระดับคณะ สาขาวิชา และหลักสูตร เพื่อนำไปสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียว โดยสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกภาคส่วน ทั้งผู้บริหาร อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา

3. ควรมีการให้ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมแก่นักศึกษาผ่านสื่อต่างๆ หลากหลายช่องทาง รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ การรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการส่งเสริมสนับสนุนโครงการ/กิจกรรมของนักศึกษาที่เป็นการ

สร้างความตระหนักและมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

4. มหาวิทยาลัยควรมีการจัดทำโครงการวิจัยด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม มีการสำรวจการใช้ทรัพยากรและการเกิดของเสีย สำรวจความคิดเห็นของบุคลากรนักศึกษาก่อนและหลังจัดทำโครงการ มีการเผยแพร่ข้อมูลและจัดทำประชาคม เพื่อสร้างความตระหนักและมีส่วนร่วมของบุคลากรและนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

5. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะนักศึกษาระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาทั้งบุคลากรและนักศึกษาของมหาวิทยาลัย เพื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในภาพรวมของมหาวิทยาลัย

6. ควรมีการขยายขอบเขตการวิจัย โดยการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) มีการสำรวจข้อมูลการใช้ทรัพยากร เช่น การใช้พลังงานไฟฟ้า การใช้น้ำในระดับคณะ ตลอดทั้งของเสีย เช่น ปริมาณขยะที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นมีการสะท้อนคืนข้อมูล (Feedback) ให้บุคลากรและนักศึกษาของแต่ละคณะทราบเป็นระยะๆ ตลอดทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์การอนุรักษ์พลังงาน และสิ่งแวดล้อมในระดับคณะ รวมทั้งค้นหา สร้าง และยกย่องบุคคลต้นแบบทั้งในส่วนของบุคลากรและนักศึกษา เพื่อสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในระดับมหาวิทยาลัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ด้วยความร่วมมือของนักศึกษามหาวิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญา หมนันท์ สำหรับคำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. **ชีวิตกับวิถีภัยจากการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ**. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม, 2543.
2. องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). **สถานการณ์ก๊าซเรือนกระจก ผลกระทบต่อพื้นที่ชายฝั่งทะเล**. <http://www.tgo.or.th/2015/thai/>. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2560.
3. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. **เอกสารประกอบการสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างรายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2560**. <http://www.dusit.ac.th/wp-content/uploads/2017/07/2017-07-06-10-44-00.pdf>. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2560.
4. ราชกิจจานุเบกษา. **พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2547**. เล่ม 121 ตอนพิเศษ 23 ก (14 มิถุนายน 2547).
5. Budak D.B., et al. "Behavior and Attitudes of Students Towards Environmental Issues at Faculty of Agriculture, Turkey". **Journal of Applied Sciences**. 5(7) : 1224-1227, 2005.
6. สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560.
7. Bloom, B.S. **Taxonomy of Educational Objective**. David McKay Co, New York, 1956.
8. Modal, S. "Farmer's Knowledge, Attitude and Practice toward Organic Vegetables Cultivation Northeast Thailand". **Kasetsart J. (Soc.Sci)**. (35) : 158-166, 2014.
9. Best, John W. **Research in Education**. Englewood Cliffs; Pretice – Hall, New Jersey, 1983.
10. Cohen, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2nd Edition. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1988.
11. ปัญญา ห่มนึ่ง. **การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์ทางการเกษตร**. พิมพ์ครั้งที่ 2. มินเซอร์วิส ซัพพลาย กรุงเทพฯ, 2559.
12. วาสนา นัยพัฒน์. **ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการช่วยลดภาวะโลกร้อนของนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยกองทัพบก. วารสารพยาบาลทหารบก**. 14(3) : 170-179, 2556.
13. นริศรา บังสือ. **การศึกษาความรู้ ทักษะ และความตระหนักของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสิรินธรราชวิทยาลัย จังหวัดนครปฐม ต่อภาวะโลกร้อน**. การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการประกอบการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2554.
14. นริศ ทวีสุข. **ความรู้ ความตระหนักต่อปัญหามลพิษทางสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาทางไกลที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ สาขาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2541.
15. กาญจนา สุขบัว. **ความรู้และพฤติกรรมการลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2551.
16. กมกฤษ บังแสง. **ความตระหนักของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้บรรจุภัณฑ์ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ตลาดน้ำอัมพวา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและเอกชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2552.
17. กมลทิพย์ พ่วงเปย. **ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการลดภาวะโลกร้อนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการสื่อสารองค์กร คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553.
18. นริศรา ลีลามานิตย์. **ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันโป่ง ตำบลบ้านกาดกิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ**. การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
19. สุภาพร คุรุสารพิสิฐ. **การแสวงหาข่าวสาร ความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการลดปัญหาภาวะโลกร้อนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

20. สุดตมา แสงวิเชียร. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการช่วยลดภาวะโลกร้อนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ ในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, 2552.
21. Aminrad, Z. et al. "Relationship Between Awareness, Knowledge and Attitude Towards Environmental Education Among Secondary School Students in Malaysia". **World Applied Sciences Journal**. 22(9) : 1326-1333, 2013.
22. ประธีป ดวงแก้ว. การศึกษาความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง, 2548.
23. วัฒนา จันทระเสน. พฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ประเภทวิชาช่างอุตสาหกรรมในสถานศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
24. Bloom, B.S. **Human characteristics and school learning**. McGraw-Hill, New York, 1971.

การศึกษาระยะเวลารอคอยรับบริการทันตกรรมของผู้รับบริการโรงพยาบาลเสลภูมิ

A study of the patient's waiting period to receive dental services in Selaphum hospital.

ทัดจันทร์ มะเสนะ¹ ปิยนาด แก้วบัวพันธ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ การศึกษาระยะเวลารอคอยในการรับบริการทางทันตกรรมของฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยกับการรับบริการทันตกรรมกับระยะเวลามาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่มารับบริการทางทันตกรรม ณ ฝ่ายทันตกรรม อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2557 จำนวน 83 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรับบริการทางทันตกรรม ระยะรอคอยของผู้รับบริการทางทันตกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือน สิงหาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ได้แก่ One sample t test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอย ในการรับบริการทันตกรรม 23.16 นาที และเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยกับค่ามาตรฐานรอคอยรับบริการ 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากการศึกษาดังกล่าว ในการศึกษาควรแยกศึกษาเป็นรายบริการจะสามารถศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในหัตถการนั้นๆ ได้สมบูรณ์กว่า การศึกษาควรเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการรายวันกับอัตรากำลังในการให้บริการทางทันตกรรมในแต่ละบริการทางทันตกรรม และค่าระยะเวลารอคอยที่เกินกว่าค่ามาตรฐานควรมีการปรับปรุงโดยมีวิธีการบริหารจัดการที่เหมาะสม

Abstract

The survey research aim to study waiting period to receive dental services in the Dental department of Selaphum hospital ,Roi-Et province and compare the waiting period to receive dental services with the standard. The sample is a total of 83 people received dental services at the Dental department of selaphum hospital,Roi-Et province during July and August 2557.The Tools used in this study is questionnaire that includes general information ,received dental services information ,patients's waiting period to receive dental services. Which were tested for content validity by experts.The samples were collected by a questionnaire during July and August 2557.Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation. And statistical analysis, including One sample t test.

The results showed that average waiting period to receive dental service of sample is 23:16 minutes. And lower than the standard statistically significant when compare with the 30 minutes of the standard waiting period. From this study. The study should be a separate study of period used in each procedures that are completely over. The study should compare the number of patients daily with the staffing in providing dental services. And the waiting period of each service that exceeds the standard should be improved by means of proper management.

¹ งานทันตกรรม โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ยุทธศาสตร์เพื่อ พัฒนาระบบสุขภาพคนไทย เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน โดยพัฒนาบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการเป็น National Health Authority ให้เข้มแข็ง และเริ่มดำเนินการโครงสร้างการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เป็นรูปแบบเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน 3 ยุทธศาสตร์ มาตรการการดำเนินงานและตัวชี้วัด 44 ตัว เพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ และเป้าหมาย ที่กำหนด ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ยุทธศาสตร์ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ และยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ⁽¹⁾

โดยที่ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ในส่วนของการเข้าถึงบริการให้ลดความแออัดและเวลารอคอยการลดระยะเวลาการรอคอยที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการนับเวลาตั้งแต่ผู้รับบริการลงทะเบียนเข้ารับบริการจนถึงได้รับยาแล้ว ระยะเวลาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการและเป็นเหตุผลของการมารับบริการ ผลกระทบที่เกิดจากการรอคอยจะทำให้ผู้รับบริการต้องใช้เวลาในการรับบริการมากขึ้น เกิดความล่าช้าในการตรวจรักษา ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งทางร่างกายและจิตใจ⁽¹⁾

ปัจจุบันนี้ผู้คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปาก หรือทันตกรรมสุขภาพ(Dental Health) มากขึ้นเนื่องจากสุขภาพในช่องปากนั้นมีความสำคัญต่อสุขภาพร่างกายที่ดี หากเรามีเหงือกและฟันที่แข็งแรง จะทำให้มีการบดเคี้ยวอาหารได้ดี สามารถบริโภคอาหารที่มีโภชนาการ 5 หมู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลเสลภูมิได้มีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง

ระบบการทำงานเพื่อรองรับบริการทางทันตกรรมแก่ผู้รับบริการตลอดเวลา โดยมีการจัดการซักประวัติก่อนการรับบริการ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการรักษาของเจ้าหน้าที่และทันตแพทย์ร่วมกับผู้รับบริการ⁽³⁾ หากแต่อาจยังไม่เคยมีการศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในรอคอยการรับบริการ อีกทั้งในการปรับปรุงระบบการรับบริการทางทันตกรรมเพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทราบข้อมูลต่างๆ และนำไปใช้ประโยชน์ต่อการวางแผนงานบริการทันตกรรมในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระยะเวลารอคอยในการรับบริการทางทันตกรรมของฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยกับการรับบริการทันตกรรมกับระยะเวลามาตรฐาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาระยะเวลารอคอยในการรับบริการทางทันตกรรมของฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยกับการรับบริการทันตกรรมกับระยะเวลามาตรฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการทางทันตกรรม ณ ฝ่ายทันตกรรม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการทางทันตกรรม ณ ฝ่ายทันตกรรม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike Thorndike(1978)⁽³⁾ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้เป็นแบบสอบถาม(Questionnaire) แบ่งสาระสำคัญเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการรับบริการทางทันตกรรมเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการทางทันตกรรม เหตุผลของการเลือกใช้บริการทางทันตกรรม บริการทางทันตกรรมที่ผู้รับบริการได้รับ

ส่วน 3 แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการทางทันตกรรม(เจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้รับบริการมาโรงพยาบาล เวลาที่ผู้รับบริการมาถึงจุดซักประวัติทางทันตกรรม เวลาที่ผู้รับบริการพบทันตแพทย์/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เวลาที่ผู้รับบริการได้รับการบริการเสร็จ เวลาที่ผู้รับบริการได้รับใบสั่งยา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง(Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับ ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วจึงนำไปทดลองใช้

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างใช้สถิติ t- test เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน 30 นาที

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้รับบริการทั้งหญิงและชายมีจำนวนใกล้เคียงกันโดยเป็นหญิงมากกว่าร้อยละ 59.0, มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 22.9, มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 42.2, ประกอบอาชีพเกษตรกร

ร้อยละ 26.5, มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือนร้อยละ 57.8

2. ข้อมูลการรับบริการทางทันตกรรม การมารับบริการของผู้รับบริการทางทันตกรรมไม่แน่นอนหรือ 1 ปีต่อครั้งร้อยละ 48.2, เหตุผลที่เลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลเสลภูมิเจ้าหน้าที่ให้บริการดีร้อยละ 55.4, ผู้รับบริการมาตอนพื้นร้อยละ 48.2

3.ข้อมูลระยะเวลาการรับบริการทางทันตกรรมพบว่า ในภาพรวมผู้รับบริการ มี เวลาที่ผู้รับบริการรอคอยก่อนเข้าพบทันตแพทย์/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เป็นนาทีต่ำสุด 1 นาที สูงสุด 86 นาที ($\bar{X}=23.16$),

4. ผลการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยรับบริการทางทันตกรรมกับค่ามาตรฐานรอคอยรับบริการ(30 นาที)พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยรับบริการทางทันตกรรมเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานการรอคอยรับบริการ(30 นาที) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

สรุปและอภิปรายผล

1.ระยะเวลารอคอยการรับบริการทางทันตกรรมน้อยของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อการเลือกใช้บริการในการที่เจ้าหน้าที่ให้บริการดีร้อยละ 55.4 รองลงมาเป็นเหตุผลอื่นๆ และคุณภาพการรักษาดีร้อยละ 54.2 และ 49.4 เป็นลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของกตัญญู นาคชุม (2546)⁽⁴⁾ คุณภาพบริการที่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลคาดหวัง คือ ความรวดเร็วในการให้บริการ รอไม่นาน ตรวจรักษาตรวจเวลา ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน บอกระยะเวลาในการรอตรวจและรอผลตรวจให้ทราบและแตกต่างกับการศึกษาของ Katz, K., Blaire, L. and Larson, R. (1991)⁽⁵⁾ ปัจจัยที่สำคัญในการประเมินคุณภาพการได้รับบริการจากผู้ให้บริการ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการไปในทางลบ

2.กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการทางทันตกรรมโดยไม่เกี่ยวกับอัตราค่ารักษาพยาบาลไม่แพงร้อยละ 3.6 โดยที่รายได้เฉลี่ยไม่น้อยกว่า 5000 ร้อยละ 57.8 ซึ่งสอดคล้องกับอัญชลี บัวทอง (2546)⁽⁶⁾ ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.67 นาที ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลารอคอยได้แก่ จำนวนผู้ที่รอรับบริการ ประสิทธิภาพการทำงานของแพทย์ใช้ทุน และจำนวนพยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล ประเภทของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะรอคอยได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและประเภทของผู้เจ็บป่วย อัตราค่าจ้างของผู้ให้บริการ ประสิทธิภาพการทำงานของแพทย์ฝึกหัด จำนวนแพทย์ประจำโรงพยาบาล จำนวนแพทย์ฝึกหัด จำนวนพยาบาลวิชาชีพและจำนวนผู้ช่วยเหลือคนไข้

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของกลุ่มตัวอย่างกับค่ามาตรฐานรอคอยรับบริการ 30 นาที มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเนื่องจากระบบคัดกรองผู้รับบริการแยกผู้รับบริการทั่วไปและผู้รับบริการการที่มีการนัดหมายล่วงหน้า จำนวนห้องที่ให้บริการเพิ่มขึ้น อีกครั้งจำนวนบุคลากรที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวรรณ รัตนอุบล และ ชานินทร์ ศรีสุวรรณณา (2556)⁽⁷⁾ ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยทั่วไป ลดลงจากเดิม 166.63 นาทีเป็น 120.42 นาที ร้อยละลดลงคิดเป็น 27.73 แต่เวลาให้บริการเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยบัตรนัด

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557. URL<http://kpo.moph.go.th/webkpo/download/kpi_57.pdf>
- โรงพยาบาลเสลภูมิ, บริบทงานทันตกรรม โรงพยาบาลเสลภูมิ 2556
- Thorndike,R.M. Correlation procedure for research. New York:Gardner Press. 1978.
- กัญชวลี นาคชุ่ม.การวิเคราะห์ตัวประกอบคุณภาพบริการตามคาดหวังของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- Katz,K.,Blair,L.&Larson,R. Perscription for the waiting in bluse: Entertain, enlighten and engage. Sloan Management Review,(Winter). 1991. 44-53.
- อัญชลี บัวทอง. ระยะเวลารอคอยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต(การพยาบาล) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- ศศิวรรณ รัตนอุบล และ ชานินทร์ ศรีสุวรรณณา การจำลองสถานการณ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของคลินิกกุมารเวชและอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง.วารสารวิทยาศาสตร์ลาดกระบัง 22(1) มกราคม-มิถุนายน 2556
- Talar,F. Waiting for service:The relationship between delays and evaluation of service. **Journal of Marketing**, 58, 1994. 56-69.

เพิ่มขึ้นจากเดิม 59.65 นาที เป็น 80.71 นาที ร้อยละเพิ่มขึ้นคิดเป็น 35.31 และ ทั้งนี้เนื่องจากผลจากการเพิ่มพยาบาลอีก 1 คน โดยที่การศึกษาของ Taylor. (1994)⁽⁸⁾ ความล่าช้าในการรอคอยบริการมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการ ถ้าผู้รับบริการรอคอยมากกว่า 30 นาที จะเกิดความรู้สึกกระสับกระส่าย โกรธ เครียด วิตกกังวล มีความเชื่อถือน้อยลง และประเมินคุณภาพบริการไปในทางลบ

ข้อเสนอแนะ

- เนื่องจากบริการทางทันตกรรมเป็นการให้บริการที่หลากหลาย เวลาที่ใช้ในหัตถการแตกต่างกัน ในการศึกษาควรแยกศึกษาเป็นรายบริการจะสามารถศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในหัตถการนั้นๆได้สมบูรณ์กว่า
- การศึกษาควรเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการรายวันกับอัตราค่าจ้างในการให้บริการทางทันตกรรมในแต่ละบริการทางทันตกรรม
- ค่าระยะเวลารอคอยที่เกินกว่าค่ามาตรฐานควรมีการปรับปรุงโดยมีวิธีการบริหารจัดการที่เหมาะสม

การศึกษาความรู้และพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้พิการในเขตตำบลกลางและตำบลขวัญเมือง
อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The study of knowledge and behavior in dental health care of the disabled in Klang and
Kwanmueng sub-district ,Selaphum district ,Roi-et province

ปิยนาด แก้วบัวพันธ์¹

Piyanad Kaewbuapan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้และพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 67 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ,แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสุขภาพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2558 – 30 มิถุนายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่าความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาดังกล่าว ควรส่งเสริมให้มีการให้ทันตสุขภาพแก่ผู้พิการ และส่งเสริมให้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลติดตามพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้พิการ โดยการเยี่ยมบ้าน และส่งเสริมให้มีการสร้างอาชีพแก่ผู้พิการให้มีรายได้ในการเลี้ยงดูตนเอง

Abstract

The descriptive research of knowledge and behavior in dental health care of the disabled was aimed to describe knowledge and behavior in dental health care of disabled in Klang and Kwanmueng sub-district ,Selaphum district ,Roi-et province . The sample were 67 disabled in Klang and Kwanmueng sub-district. The research instrument were questionnaires, comprised of general information, knowledge test and behaviors dental care test respectively. The content validity of tests were examined by experts. Data were collected by self administered questionnaire during May 1, 2558 - June 30, 2558. Data were analyzed using descriptive statistics include percentage, mean and standard deviation.

The results showed that the knowledge of the dental health care is moderate and the behavior of dental health care is low in disabled in Klang and Kwanmueng sub-district , As the results it should be promoted to provide dental health care education for persons with disabilities. And encourage training in healthcare volunteers to monitor the behavior of dental health care of the disabled by home visited. And encourage the job for persons with disabilities to have the income to support themselves.

¹ งานทันตกรรม โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

ปัญหาโรคในช่องปากเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ทั้งนี้เพราะมีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูงในทุกกลุ่มอายุ แม้ว่าทางกระทรวงสาธารณสุขจะได้เร่งดำเนินการให้ความรู้ รมรค์เผยแพร่ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหา และสนใจในการดูแลทันตสุขภาพของตนเองมาโดยตลอด แต่จำนวนและการกระจายของโรคในช่องปาก ของประชากรไทยยังคงมีความชุกสูง โดยเฉพาะในผู้พิการ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญอันดับแรกในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และทางสังคมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านทันตสาธารณสุขซึ่งจัดเป็นปัญหาเรื้อรังตลอดชีวิต เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต⁽¹⁾

การให้บริการด้านส่งเสริมป้องกัน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับด้านทันตกรรม มีการดำเนินงานในทุกกลุ่มประชากรไม่ว่าจะเป็นเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ประชาชนทั่วไป และผู้สูงอายุ แต่สำหรับกลุ่มผู้พิการยังไม่มีกิจกรรมด้านการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพที่ชัดเจน ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว เช่น พิการแขน/ขา อัมพฤกษ์ อัมพาต มีข้อจำกัดในการดูแลรักษาทันตสุขภาพของตนเองและยังมีอุปสรรคในการเข้ารับบริการในสถานบริการด้วย⁽²⁾ ซึ่งอาจส่งผลให้ปัญหาทันตสุขภาพมีความรุนแรงมากและกระทบถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้พิการการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมทันตสุขภาพของผู้พิการกลุ่มนี้จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้พิการ ตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้พิการ ตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพของผู้พิการ ในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากร

ประชากรได้แก่ ผู้พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดทุกคน จำนวน 67 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดโดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมการดูแลทันตสุขภาพของผู้พิการ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด แบ่งตามสาระสำคัญได้ดังนี้

แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว เป็นคำถามปลายเปิด สถานะภาพ ระดับการศึกษา การช่วยเหลือตนเอง ประสิทธิภาพการเป็นคำถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบหลายตัวเลือก

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

การแบ่งระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับสูง

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงแล้วตามเนื้อหา จึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การคำนวณค่าสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้พิการในเขตตำบลกลางและตำบล ขวัญเมือง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 อยู่ในช่วง อายุมากกว่า 70 ปี มากถึงร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 80.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 50.74 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.6 ระดับการศึกษา สำเร็จชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 86.6 ส่วนใหญ่พิการด้านการ เคลื่อนไหว ร้อยละ 52.2 และช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อย ละ 59.7

2. ความรู้ทางทันตสุขภาพ ผู้พิการในเขตตำบล กลางและตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มี ความรู้ทางด้านทันตสุขภาพที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่องอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ ใด้ย่ยที่สุด ร้อยละ 74.6 รองลงมาก็คือ ลักษณะของยาสีฟันที่ดี ร้อยละ 73.1 ผู้พิการ ในเขตตำบลกลางและตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้ที่น้อยที่สุดหรือตอบผิดมา 2 ลำดับ แรก ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 83.6 รองลงมาก็คือสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ 77.6 ระดับ ความรู้ผู้พิการในเขตตำบลกลางและตำบลขวัญเมือง อำเภอ เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีความรู้ทางทันตสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 40.3 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ผู้พิการในเขต ตำบลกลางและตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรกคือ การใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์เป็น ประจำ ร้อยละ 56.7 รองลงมาก็คือหลังทานอาหารทุกครั้ง ถ้าไม่ได้แปรงฟันจะบ้วนปาก เป็นประจำร้อยละ 38.8 ผู้ พิการในเขตตำบลกลางและตำบลขวัญเมือง อำเภอเสล ภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรกคือ ไม่เคยส่องกระจกตรวจดู

เหงือกและฟันของตนเองหลังแปรงฟันร้อยละ 67.2 รองลงมาก็คือการแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันที่มีแปรงขนฟู ร้อยละ 40.3 ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพจาก ตำบลกลางและตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ดพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอยู่ใน ระดับต่ำและระดับกลาง ร้อยละ 71.64 และ 23.88 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้พิการใน เขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด เป็นเพศชายร้อยละ 50.7 อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 43.3 สถานะภาพสมรสร้อยละ 59.7 โดยส่วน ใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 80.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาทร้อยละ 50.74 ส่วนใหญ่พิการด้านการ เคลื่อนไหว ร้อยละ 52.2 ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้อง กับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้พิการด้าน การเคลื่อนไหวของศูนย์แพทย์ชุมชนในหน่วยบริการปฐม ภูมิ จังหวัดนครราชสีมาโดยพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่เป็น เพศชายร้อยละ 58.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 43.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 70.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่ เกิน 1,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 58.0 และความพิการอยู่ใน ระดับ 3 ร้อยละ 32.7⁽²⁾

2. ความรู้ทางทันตสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีระดับความรู้ทางทันตสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลางร้อยละ 44.7 เนื่องจากผู้พิการส่วนใหญ่สำเร็จ การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.6 และมีความรู้ด้าน ทันตสุขภาพที่ถูกต้องในเรื่องลักษณะยาสีฟันที่ดีร้อยละ 73.1 สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจความต้องการด้าน การรักษาทางทันตกรรมในกลุ่มผู้พิการการเคลื่อนไหวใน เขตหนองแวง พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้ยาสีฟันที่มี ฟลูออไรด์ ร้อยละ 64.29⁽³⁾ และมีความรู้ที่น้อยที่สุด หรือ ตอบผิด 2 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้ในเรื่องสาเหตุของการ เกิดโรคฟันผุร้อยละ 83.6 และสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 77.6 เนื่องจากผู้พิการส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาใน ระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.6

3. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 71.64 โดยมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้องในเรื่องการใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์เป็นประจำร้อยละ 56.7 สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจความต้องการด้านการรักษาทางทันตกรรมในกลุ่มผู้พิการการเคลื่อนไหวในเขตหนองแขม พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ร้อยละ 64.29⁽³⁾ และมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง คือ ไม่เคยส่องกระจกตรวจดูเหงือกและฟันของตนเองหลังแปรงฟันร้อยละ 67.2 และมีการแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงบานฟูร้อยละ 40.3 เนื่องจากผู้พิการส่วนใหญ่เป็นผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 52.2 อีกทั้งไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 80.6 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาทร้อยละ 50.74

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้พิการในเขตตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดมีความรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ควรส่งเสริมให้มีการให้ทันตสุขภาพตามหมู่บ้านโดยการเยี่ยมบ้าน และให้ความรู้ทางเสียงตามสายรวมถึงการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

2. ส่วนพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ควรส่งเสริมให้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้พิการในการดูแลทันตสุขภาพและมีการติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน

3. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท และไม่มีอาชีพ ควรส่งเสริมการสร้างอาชีพแก่ผู้พิการเพื่อให้มีรายได้ในการเลี้ยงดูตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐเศรษฐ ภูมิณานกร(2550) **คู่มือสิทธิผู้พิการ คู่มือประกอบการอบรมการดูแลผู้พิการในชุมชน** 1,1 (พฤศจิกายน 2550) : 129
2. พชรพร สุวิชาเชิดชู ฐานดา เกียรติเกาะ สุวีพร ควรคำนวณ อุทุมพร วชิรพันธ์สกุล สุพิชญ์ วิจิโต. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการการเคลื่อนไหวของศูนย์แพทย์ชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา** 1,2(กรกฎาคม-ธันวาคม 2553) : 38
3. วิภาพร ล้อมศิริอุดม การสำรวจความต้องการการรักษาด้านทันตกรรมในกลุ่มผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวในเขตหนองแขม. 2551 URL<
<http://203.155.220.238/csc/index.php/en/project/98-hrmanagement/2012-09-03-04-51-63/academic-paper/1-5/186-dentist>>

คุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Quality of Life, Self Esteem, Depression, and Death Anxiety of the Elderly in Suratthani Province

วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุติ¹, อติญาณ์ สรเกษตริน¹, จิราพร อุดมกิจพิพัฒน์², จริญญา แก้วสกุลทอง³, วังมัย สุขวนวัฒน์²

Wiriya Phokhwang-Just¹, Atiya Sarakshetrin¹, Jiraporn Udomkitpipat²,

Jarinya Kaewsakulthong³, Vajjamai Sookkavanawat²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาระดับและหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้แบบสอบถามในผู้สูงอายุ จำนวน 382 คน และได้รับแบบสอบถามคืนกลับ จำนวน 323 คน (84.6%) แบบสอบถามที่ใช้คือแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ค่าความเที่ยง = 0.89 แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก(ความเที่ยง=0.72) แบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของของเทมเพลอร์(ความเที่ยง=0.69) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ความเที่ยง=0.77) มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง (Mean = 87.52, SD= 13.40) มีความภาคภูมิใจในตนเองในระดับสูง (Mean = 29.73, SD = 3.74) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Mean = 3.70, SD = 3) และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ (Mean = 5.91, SD = 3.03) และ 2) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความภาคภูมิใจในตนเอง ($r=0.603$, $p<0.01$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r=-0.353$, $p<0.01$) และภาวะซึมเศร้า ($r=-0.616$, $p<0.01$) ระดับความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r=-0.353$, $p<0.01$) และภาวะซึมเศร้า ($r=-0.352$, $p<0.01$) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r=0.404$, $p<0.01$) คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต1, ความภาคภูมิใจในตนเอง2, ภาวะซึมเศร้า3, ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย4

Abstract

This cross-sectional study aims to study a level of and a correlation between quality of life, self-esteem, depression, and death anxiety as well as to find factors correlated with these variables in the elderly living in Suratthani Province, Thailand. Three hundred and eighty two elderly people were proportionally sampled from 19 districts in Suratthani Province and 323 (84.6%) had returned the questionnaires. The Thai version of Quality of Life (WHO-BREF; Cronbach's alpha= 0.89), Rosenberg's Self-Esteem Questionnaires (Cronbach's alpha=0.72), Templer's Death Anxiety (KR=0.69), and of Geriatric Depression Scale (TGDS-15; KR=0.77) were employed. Data were analyzed for means, SD, and correlations.

The result showed following findings. 1) The elderly had a moderate level of quality of life ($n=305$, mean = 87.52, SD = 13.40), no depression ($n=309$, mean= 3.70, SD= 3.00), high self-esteem ($n=310$, mean = 29.73, SD=3.74), and low death anxiety ($n=302$, mean = 5.91, SD = 3.03) and 2) The Quality of life was positively correlated with self-esteem ($r=0.603$, $p<0.01$), negatively correlated with death anxiety ($r=-0.353$, $p<0.01$) and depression ($r=-0.616$, $p<0.01$). Death anxiety was positively correlated with depression ($r=0.404$, $p<0.01$) and negatively correlated with self-esteem ($r=-0.353$, $p<0.01$).

Keywords : Quality of Life1, Self-Esteem2, Depression3, Death Anxiety4

¹ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี

² อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี

³ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 900 ล้านคน ซึ่งมีประมาณ 12 เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั้งหมด ในปี ค.ศ. 2050 คาดว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากเดิมประมาณ เกือบสองเท่า คือ 22 เปอร์เซ็นต์หรือ 2000 ล้านคน (WHO, 2015) จากการสำรวจของประชากรสูงอายุเบื้องต้นในปี 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมี ประชากร ผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน เป็นชาย 4,514,812 และ หญิง 5,499,887 คน หรือคิดเป็นชาย ประมาณร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 จากจำนวน ประชากรทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีประชากรสูงอายुर้อยละ 14.9 โดยที่เพิ่มจากปี 2554 ที่มี 12.2 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งประเทศไทย กลายเป็นสังคมสูงอายุที่มีจำนวนประชากรสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด พบว่า มากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 29.9 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และร้อยละ 13.6 เป็นสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) และพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 10.4 ซึ่งในปี 2557 หนึ่งในสามส่วนของจำนวนประชากรสูงอายุ (33.4) มี สถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า แยกกัน และร้อยละ 3.7 เป็นโสด ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุไทยได้รับการตรวจร่างกาย ประจำปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 35.2 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 55.4 ในปี 2557 ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามี สุขภาพทางกายดีมาก/ดี ลดลงจากร้อยละ 42.7 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 40.5 ในปี 2557 ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรม หมู่บ้าน/ชมรม ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันเก็บข้อมูลไม่ แตกต่างกันมากจากปี 2554 (ร้อยละ 68.9 ในปี 2554 เป็น ร้อยละ 69.6 ในปี 2557) (กลุ่มสถิติประชากร สำนักงานสถิติ สังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จากการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุจำนวน 154 คน ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งและ 308 คน ในชุมชน ใน

จังหวัดขอนแก่นพบว่า ผู้สูงอายุ มีปัญหาเกี่ยวกับ 1) ร้อยละ 60 สูญเสียความจำ 2) ร้อยละ 53 สูญเสียการมองเห็น 3) ร้อยละ 40 มีปัญหาการนอนหลับและการรับประทานอาหาร ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูก และ กลืนอาหารไม่ได้ การเคลื่อนที่ หกล้ม และการได้ยิน (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2555) นอกจากปัญหา ความเจ็บป่วยทางกาย ยังมีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เป็น ปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ทางองค์การอนามัยโลก ประมาณการว่าร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมาน จากปัญหาทางจิต ซึ่งอาการ ทางจิตประสาทจะมีผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิต พบว่าอาการทางจิตประสาท จะมีผล ประมาณ 6.6 เปอร์เซ็นต์ต่อปี สุขภาวะที่สูญเสียปรับด้วย ความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability adjusted life years: DALYs) และคิดเป็นประมาณ 17 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนปี ที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (Year live with disability: YLD) ซึ่งปัญหาทางจิตในผู้สูงอายุที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ความจำเสื่อมและซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งปัญหานี้ อาจจะมาจากการปัญหาทางกาย การโศกเศร้าจากการจากไป ของคู่ชีวิต ภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปจากการเกษียณจาก งานที่ทำ จากการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ หรือ ความพิการทางกายที่เกิดขึ้น รวมถึงการถูกระงับไม่ว่าจะเป็นทางกาย ทางวาจาและทางจิตใจ การถูกทอดทิ้ง ไม่ สนใจ การสูญเสียความเคารพและศักดิ์ศรีคุณค่าในตัวเอง (WHO, 2015) ปัญหาเหล่านี้ อาจจะมาจกหลายปัจจัยที่ เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับ ความ วิต กังวล และ ภาวะ ซึม เศร้า (Brown, Brodsky, & Cataldo, 2014) ความวิตกกังวล และซึมเศร้า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นพาร์กินสัน (parkinson's disease) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการและปัญหาสุขภาพที่เกิด จากโรค (Sagna, Gallo, Pontone, 2014) ความวิตกกังวล

เกี่ยวกับความตายมีความเกี่ยวเนื่องกับความวิตกกังวลทั่วไป (Lehto & Stein, 2009) และมีความสัมพันธ์กับการวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูงวัยที่เกี่ยวข้องกับการกลัวการสูญเสีย (Benton, Christopher, & Walter, 2007) ในผู้ป่วยมะเร็งขาได้หวั่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายคือ เป้าหมายของชีวิต ความกลัวโรคกำเริบ และเพศ (Tang, Chiou, Wang, & Liand, 2011) ซึ่งจากการศึกษาของ Azaiza, Ron, Shoham, และ Gigini (2010) พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าผู้ชาย การสนับสนุนสังคมและความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้สูงอายุอาหรับมุสลิมในประเทศอิสราเอล

จากสภาพดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษา คุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อหาระดับ และความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ ซึ่งที่ผ่านมามีงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยและสุราษฎร์ธานีจะศึกษาตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเช่น ภาวะซึมเศร้า (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, สิริกร สุวัชนันฐา, ปริมวิญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเชียร 2555; สมสุข สมมะลวน, 2556) หรือคุณภาพชีวิต (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ 2554; จิราพร ทองดีและคณะ 2557) แต่ยังขาดงานวิจัยที่หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งผลการศึกษานำไปใช้ในการจัดการศึกษาทางการแพทย์และแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง และความวิตก

กังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีเกิน 6 เดือนขึ้นไป สัญชาติไทย สามารถสนทนา รับรู้และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ไม่มีอาการความจำเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ได้มาจากการคำนวณตามสูตร ของ Dillman (2000) โดยวิธีการสุ่มแบบสัดส่วนตามเขตการปกครองระดับอำเภอ ทั้งหมด 19 อำเภอ ขนาดกลุ่มตัวอย่างสามารถคำนวณได้ ดังนี้

$$= \frac{64,406(.50)(.50)}{(64,406)(0.05/1.96)^2 + (.50)(.50)} = 382$$

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต (quality of life) วัดด้วยขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF-THAI) ที่มีจำนวน 26 ข้อคำถาม ซึ่งสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้แปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ และได้มีการนำไปใช้ใน

ประเทศไทยอย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรทั่วไปและในกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งได้มีการปรับและพัฒนาแบบวัดเพื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดย สุนตรา ตะบูนพงศ์ วันดี สุทธิธรรณี และพัชรียา ไชยลังกา มีการประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย จำนวน 268 ราย โดยปรับแบบสอบถามเป็น 25 ข้อ แบ่งองค์ประกอบเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 7 ข้อ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทาง และการทำงาน ด้านจิตสังคม 10 ข้อ ได้แก่ การเงิน ที่อยู่อาศัย มิตรภาพ การสนับสนุนทางสังคม การพักผ่อน และความพอใจในตนเองด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ ได้แก่ เป้าหมายในชีวิตความหมายของชีวิตสมาธิในการทำงาน ความรู้สึกปลอดภัย ความพอใจในรูปร่างหน้าตา ความมีกำลังวังชา และความพอใจในที่อยู่อาศัย ซึ่งการแปลผลคะแนนแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ปานกลางและดี จากการใช้แบบสอบถามในผู้สูงอายุของ สุนตรา ตะบูนพงศ์และคณะ ในผู้สูงอายุจำนวน 268 รายพบว่า มีค่าความเที่ยงและค่าความสอดคล้องภายในค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .90 ($p < .001$) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89 ($p < .001$) นอกจากนี้ จีราพร ทองดี และคณะ (2557) ได้นำแบบประเมินไปใช้กับผู้สูงอายุมุสลิมในเขตจังหวัดภาคใต้จำนวน 30 คนพบว่าแบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องภายใน สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90 ในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ซึ่งในการวิจัยนี้จะวัดด้วยแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's self-esteem (RSES)) ที่มี 10 ข้อคำถาม แบบสอบถามต้นฉบับสร้างโดย Moris Rosenberg (1965) ใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก แบบสอบถามประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม มีข้อคำถามเชิงบวกและลบเท่ากัน ตัวอย่างคำถาม เช่น

“โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจตนเอง” และคำถามเป็นแบบ Likert rating scale ที่ประกอบไปด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็มทั้งหมด 40 คะแนน ในการทดสอบกับนักศึกษาไทยโดยมีการปรับคำถามให้มีข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ คำถามเชิงลบ 4 ข้อ พบว่ามีความน่าเชื่อถือได้เช่นเดียวกับแบบสอบถามฉบับดั้งเดิมแต่ฉบับสำหรับคนไทยนั้นมีความน่าเชื่อถือได้เชิงเนื้อหาเพิ่มขึ้น ซึ่งการแปลผลระดับคะแนน จะเป็นระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ (Wongpakaran, Wongpakaran, 2012) ในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ต้นฉบับเป็นแบบสอบถามที่มี 30 ข้อ ฉบับสั้น 15 ข้อ แบบสอบถามนี้ถูกใช้อย่างแพร่หลาย (Yesavage et al., 1982) แบบสอบถามจะถามถึง ความรู้สึกพฤติกรรมและความคิดของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา คำตอบคือ ใช่ กับ ไม่ใช่ แบบสอบถามมีความไวในการวัด เท่ากับ 84.3 % มีความจำเพาะเจาะจงเท่ากับ 73.8 % (Wongpakaran, Wongpakaran, 2013) คะแนนที่สูงหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าที่สูง การแปลค่าคะแนน 0 - 6 คะแนน หมายความว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 10 คะแนน หมายความว่า มีความซึมเศร้าเล็กน้อย 19 - 24 คะแนน หมายความว่า มีความซึมเศร้าปานกลาง 25 - 30 คะแนน หมายความว่า มีความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุไทย

พบว่าเครื่องมือมีความ

น่าเชื่อถือได้ในการวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความจำปกติทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Wongpakaran, Wongpakaran, & Van Reekum, 2013) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 ในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 5 แบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Death Anxiety Scale) ซึ่งในที่นี้จะวัดโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของเทมเพลอร์ Death Anxiety Scale (Templer, 1970) ที่มี 15 ข้อคำถาม ที่

ถามถึงความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เช่น “ฉันกลัวตายมาก” “ศพคนตายทำให้ฉันรู้สึกกลัวมาก” คำตอบจะเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่ คะแนนรวมจะเป็น 15 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมาก ต้นฉบับภาษาอังกฤษที่ทดสอบในผู้ป่วย และนักเรียนมหาวิทยาลัยพบว่ามีความน่าเชื่อถือได้โดยค่าสัมประสิทธิ์ของแบบสอบถามtest-retest ที่ความห่างเท่ากับ 3 อาทิตย์เท่ากับ 0.83 และค่าความเข้ากันได้ของข้อคำถามในแบบสอบถาม KR-20 เท่ากับ 0.76 และมี content validity ที่สัมพันธ์กับเครื่องมืออื่น ในการวัดกับประชากรไทยนั้น วิชิตา บำรุงยศ (2544) ได้แปลและนำไปใช้กับผู้ป่วยเอดส์จำนวน 45 คน พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ ริชาร์ดสันเท่ากับ 0.71 ซึ่งการแปลผลคะแนน แบ่งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงปานกลาง และต่ำ ในการใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้มีการปรับบางข้อของแบบสอบถามเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.69

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการวิตกกังวล

เกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เลขที่ 2016/05 ในการนี้ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเขียนชื่อของผู้ตอบในแบบสอบถาม ข้อมูลต่างๆ ที่ถูกบันทึกจะถูกทำลายภายหลังที่งานวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

สรุปและการอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 68.41 ปี ผู้หญิงจำนวน 217 คน ร้อยละ 67.4 ผู้ชายจำนวน 105 คน ร้อยละ 32.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 62.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.1 ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบอาชีพค้าขาย และไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ประมาณ 42.6% มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้มาจากตนเองรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 22,300 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46 ระบุว่ารายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ

2. คุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
คุณภาพชีวิต	87.52	13.40	ปานกลาง
ความภาคภูมิใจในตนเอง	29.73	3.75	สูง
ภาวะซึมเศร้า	3.70	3.00	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	5.91	3.03	ต่ำ

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีคุณภาพชีวิต(Quality of Life: QOL) ในระดับปานกลาง (mean = 87.5; SD = 13.40) ความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem :SE) ในระดับสูง (mean = 29.73; SD = 3.73) และ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (death anxiety: DA) ในระดับต่ำ (mean = 5.91; SD = 3.03) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (depression: DE) (mean = 3.70; SD = 3.00) เช่นเดียวกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2011) พบว่าผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 345 คนและการศึกษาของจิราพร ทองดีและคณะได้ศึกษาในผู้สูงอายุใน 5 จังหวัดชายแดนใต้จำนวน 727 คนพบว่า มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งต้องสอดคล้องกลมกลืนกัน ได้แก่ การจัดความเหลื่อมล้ำในสังคม สร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความยุติธรรม การได้รับโอกาสในการทำมาหากินที่เสมอภาคและเท่าเทียมกัน ในการเข้าถึงบริการด้าน

สาธารณสุขและสุขภาพซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุในการศึกษารุ่นนี้ไม่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของสมสุข สมมะลวน(2556) พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีภาวะซึมเศร้าแค่ 7.3 % และต่ำกว่าระดับประเทศ ทั้งนี้สาเหตุอันหนึ่งอาจจะมาจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่พบว่าโดยภาพรวมแล้วฐานะทางเศรษฐกิจทางภาคใต้จะสูงกว่าภาคอื่นๆ ประชากรในภาคใต้มีหนี้ครัวเรือนที่ต่ำกว่าประชากรในภาคอื่น และมีสภาพคล่องทางการเงินที่สูงกว่า (ชนิษฐา วณะสุข และคณะ, 2557) การที่ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองในระดับสูงและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ อาจเป็นผลมาจากสังคมไทยเป็นสังคมพุทธศาสนา ที่มองการตายเป็นเรื่องธรรมดาและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเองภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล
เกี่ยวกับความตาย ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตัวแปร		คุณภาพชีวิต	ความภาคภูมิใจใน ตนเอง	ภาวะซึมเศร้า	ความวิตกกังวล เกี่ยวกับความ ตาย
คุณภาพชีวิต	Pearson Correlation	1	.603**	-.616**	-.353**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	305	296	297	291
ความภาคภูมิใจใน ตนเอง	Pearson Correlation	.603**	1	-.532**	-.343**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	296	310	301	294
ภาวะซึมเศร้า	Pearson Correlation	-.616**	-.532**	1	.404**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	297	301	309	295
ความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตาย	Pearson Correlation	-.353**	-.343**	.404**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	291	294	295	302

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิง
บวกกับความภาคภูมิใจในตนเอง ($r = 0.603$, $p < 0.01$) มี
ความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความ
ตาย ($r = -0.353$, $p < 0.01$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -0.616$, $p < 0.01$) ระดับความภาคภูมิใจในตนเองจะมีความสัมพันธ์

เชิงลบความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.353$, $p < 0.01$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -0.352$, $p < 0.01$) ความวิตก
กังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะ
ซึมเศร้า ($r = 0.404$, $p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ของ Fortner และ Neimeyer (1999) พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึก

ว่าตนเองด้อยคุณค่า มีปัญหาทางกายและทางจิตมากกว่า จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่า ใน ผู้สูงอายุชาวอังกฤษทั้งที่เป็นชนชาติอังกฤษและชนกลุ่ม น้อยที่มีคุณภาพชีวิตดีกว่ามีความกลัวต่อความตายน้อย กว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่า (Bowling, Iliffe, Kessel, & Higginson, 2010) ทั้งนี้มีหลายปัจจัยที่ อาจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ ในผู้ที่มียาฆ่าแมลงกว่า 55 ปี ในแคนาดา พบว่า บุคคลที่มี วิธีชีวิตที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวทางกายมากกว่า มีภาวะ ทางจิตที่ดีกว่า เช่น มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า น้อยกว่า มีความภาคภูมิใจในตนเองและความพอใจใน ชีวิตมากกว่าและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Erin A. Bampton, Steven T. Johnson, and Jeff K. Vallance, 2015) ใน ผู้ป่วยมะเร็งชาวตุรกีจำนวน 70 คน พบว่าความวิตก กังวลเกี่ยวกับความตายที่วัดด้วยแบบวัดของ Templer มี ความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า

และความเชื่อหลังความตาย ซึ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความตายไม่ได้เกิดจากผลของการป่วยเป็นมะเร็งแต่ เกี่ยวข้องกับปัญหาทางกายและทางจิตที่ไม่ได้รับการ แก้ไข (Gonen et al. 2012)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ในการเรียนการ สอน และเตรียมนักศึกษาในการดูแลผู้สูงอายุทั้งใน สถานพยาบาลและชุมชน และการนำไปใช้ในการเรียน การสอน การเตรียมนักศึกษาในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ นอกจากนี้ สามารถ นำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการดำเนินการ โครงการส่งเสริม คุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง และการป้องกัน ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายใน ผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มสถิติประชากร สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้น การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ, 2557.
2. จีราพร ทองดี และคณะ. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. ปีที่ 22 (ฉบับที่ 3) : หน้า 88-99, 2557.
3. วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ. Journal of Health Science Research. ปีที่ 5 (ฉบับที่ 2) : หน้า 32-40, 2011.
4. พัชรกานต์ ไชยสังข์ และคณะ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. ปีที่ 8 (ฉบับที่ 2) : หน้า 45-55, 2556
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 35 (ฉบับที่ 2) เมษายน-มิถุนายน, 2555.
6. สมสุข สมมะฉนวน. ความทุกข์และปัจจัยสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี. <http://www.jvkk.go.th/researchnew/qresearch.asp?code=0103557> สืบค้นเมื่อ 24 ก.พ. 2559.
7. Azaiza, F. Ron, P. Shoham, M. & Gigini, I. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. Death Studies. 34(4):351-64, 2010.
8. Benton, J.P., Christopher, A.N. & Walter M.I. Death anxiety as a function of aging anxiety. Death Studies. 31(4):337-50, 2007.
9. Bowling, A. Iliffe, S., Kessel, A. & Higginson, I.J. Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. Postgraduate Medical Journal. 86(1014): 197-202, 2010.

10. Brown, C.G. Brodsky, J. Cataldo, J.K. **Lung Cancer Stigma, Anxiety Depression and Quality of Life.** *J. Psychosoc Oncol.* 2014 ;32(1): 59–73. 2014. doi:10.1080/07347332.2013.855963
11. Dillman, D. A. **Mail and Internet surveys: The tailored design method** (2ed.). New York: John Wiley & Son. Inc, 2000.
12. Erin A. Bampton, Steven T. Johnson, and Jeff K. Vallance. **Profiles of resistance training behavior and sedentary time among older adults: Associations with health-related quality of life and psychosocial health.** *Preventive Medicine Report*, 2. 773-776. 2015.
13. Fortner, B.V. & Neimeyer, R.A. **Death anxiety in older adults: A quantitative review.** *Death Studies*. 23: 387-411. 1999.
14. Gonen, G. et al. **The factors contributing to death anxiety in cancer patients.** *Journal of Psychosocial Oncology*. 30.(3) : 347-358, 2012.
15. Letho, R.H. & Stein, K.F. **Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept.** *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. Vol. 23. No. 1, 2009.
16. Missler, M. et al. **Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation.** *Omega*. Vol. 64(4) : 357-379, 2011-2012. 2012.
17. Sagna, A. Galloa, J. & Pontone, G.M. **Systematic Review of Factors Associated with Depression and Anxiety Disorders among Older Adults with Parkinson's Disease.** *Parkinsonism Related Disorders*. 2014 July :20(7): 708–715, 2014.
18. Tang, P.L., Chiou, C.P., Lin, H.S., Wang, C., & Liand, S.L. **Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients.** *Cancer Nurse*. 34(4): 286-92., 2011.
18. WHO. Mental health and older adults. Retrieved 22.02.2016 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>, 2015.

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็นหยดเพื่อป้องกัน

การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

Guidelines for the care of patients who received intravenous drip of antibiotics

for the prevention of Phlebitis

เนตรนภิศ จินดากร¹, ฉลวย เหลือบรรจง², กัญฐพร พงษ์แพทย์³, ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ⁴

Natenaphit Jindakorn¹, Chalouy luabunjong², Kantaporn Phongpate³, Lalitwadwee Techakampholsarakit⁴

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์ของการใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศไทยที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นหยดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ พบว่า ในปีพ.ศ. 2556 มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่า 10,000 ล้านบาท/ปี และมีอัตราการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะกว่า 100,000 คน/ปี โดยเฉพาะในรายที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือมีการดื้อยาเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องนอนอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในแผนการรักษาที่ใช้เป็นการให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นหยด จะใช้ในกรณีที่มีความเข้มข้นมาก หรืออาจเกิดอันตรายเมื่อไม่ได้เจือจาง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการให้ยา และเป็นอันตรายน้อยกว่า ดังนั้นจึงต้องนำยามาละลายกับสารละลายให้ยาเจือจาง แนวทางการปฏิบัติในการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็นหยด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนให้สารน้ำ การให้สารน้ำและการดูแลระหว่างให้สารน้ำ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ แนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบได้แก่ เทคนิคในการให้สารละลายของพยาบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของหลอดเลือดดำอักเสบกับผู้ป่วย การประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำบริษัทผู้ผลิตยาและเภสัชกร นอกจากนี้ ควรมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีความตระหนักในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมีความยั่งยืนและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ การให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นหยด, ยาปฏิชีวนะ, หลอดเลือดดำอักเสบ

Abstract

The incidence of the use of antibiotics in Thailand in the treatment of patients has been increasing with the introduction of intravenous drip. According to data from the National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, In 2013, the antibiotic value is over 10,000 million baht / year and the rate of antibiotic resistance is over 100,000 / year, especially in cases of infection in the hospital or drug resistance. Makes sleeping in the hospital longer. Cause economic loss. The antibiotics used in the treatment plan are intravenous drip irrigation. It is used in cases where the drug is very concentrated. Or it can be dangerous when not diluted. This will allow patients to benefit from the drug. And less dangerous Therefore, the solution must be diluted with dilute solution. Practical guidelines for intravenous antibiotics. Since the preparation for intravenous navigation, Practical way to provide intravenous navigation and nursing care during intravenous administration. The major complications are inflammation of the vein (phlebitis). Guidelines for prevention of Phlebitis include: Techniques in the solution of nurses. Educating patients about the risk of venous inflammation to patients. Assessment of venous inflammation Also follow the recommendations of the pharmaceutical and pharmacy manufacturers. In addition, they should encourage and encourage continuous practice. In order for the nurse to be aware of the correctness, sustainability and safety of the patients.

Keywords Intravenous drip, Antibiotics, Phlebitis

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

³พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

⁴พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา อยู่ตามโรงพยาบาลในทุก ระดับพบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะในอัตราที่เพิ่มขึ้นคู่ได้จาก ในปี 2556 มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะกว่า 10,000 ล้านบาท/ปี โดยเฉพาะในรายที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือมีการ คื้อยาเพิ่มขึ้น พบมีอัตราการติดเชื้อคื้อยาปฏิชีวนะกว่า 100,000 คน/ปี ทำให้ต้องนอนอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น มีอัตรา 3.24 ล้านวัน/ปี รวมทั้งทำให้เกิดความสูญเสียทาง เศรษฐกิจเป็นจำนวน 2,539 -6,084 ล้านบาท/ปี (ศูนย์เฝ้า ระวังเชื้อคื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ,2556) ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในแผนการรักษาที่ให้เป็นการรักษา ทางหลอดเลือดดำเป็นหยด เป็นการให้ยาที่เป็นสารละลาย เข้าทางหลอดเลือดดำ โดยมีอุปกรณ์ช่วยนำเข้าคือ เข็มฉีด ยา หรือ Intravenous catheter วิธีให้ยาทางหลอดเลือดดำ เป็นหยด จะใช้ในกรณีที่ยามีความเข้มข้นมากหรืออาจเกิด อันตรายเมื่อไม่ได้เจือจางยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับ ประโยชน์จากการให้ยาและเป็นอันตรายน้อยกว่า ดังนั้นจึง ต้องนำยามาละลายกับสารละลาย ให้ยาเจือจางโดยใช้ สารละลายปริมาณ 100 มิลลิลิตร สารละลายที่ใช้ในการ เจือจางได้แก่ 5% Dextrose in water , 0.9% NaCl โดยยา ปฏิชีวนะที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่วนมากจะเกิดภาวะ ติดเชื้อและหลอดเลือดดำอักเสบ จากผลการส่งเสริมการ ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อ ต่อความรู้การปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์ติดเชื้อจาก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์สามารถลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ และภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจาก 5.14 ครั้งต่อ 1,000 วัน เป็น 1.48 ครั้งต่อ 1,000 วัน(วารสารการพยาบาล,2552) ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวพยาบาลเป็นบุ

คคลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะจะต้องมีความรู้ใน การปฏิบัติที่ถูกต้อง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด ดำเป็นหยด

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะทาง หลอดเลือดดำเป็นหยดที่เกิดขึ้น จะมีลักษณะเดียวกับผู้ป่วย ที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (สุปราณี เสนาธิสัย และวรรณภา ประไพพานิช,2554) และขึ้นอยู่กับความ เข้มข้นของปริมาณยาที่ได้รับรวมทั้งความถี่ของระยะเวลา ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ที่พบได้แก่

1. การบวมเนื่องจากสารน้ำซึมออกนอกหลอดเลือดดำ (Infiltration) อาการและอาการแสดง เกิดอาการบวม บริเวณที่แทงเข็มให้สารละลายยาผู้ป่วยรู้สึกปวดแสบ บริเวณที่บวมและไม่สุขสบายสารละลายยาที่ทำให้หยดช้าลง หรือไม่ไหล (Alexander M,2009)

การพยาบาล

1. หยุดให้สารน้ำ
2. จัดแขนข้างที่บวมให้อยู่สูงกว่าลำตัวของผู้ป่วย
3. ประคบบริเวณที่บวมด้วยความร้อนเปียก
4. เปลี่ยนที่แทงเข็มให้สารละลายยาใหม่
5. บันทึกทางการพยาบาล

2. การมีเลือดออกและแทรกซึมเข้าใต้ผิวหนัง บริเวณที่แทงเข็ม (Extravasation)

อาการและอาการแสดง บริเวณที่แทงเข็มบวมและมี เลือดแทรกซึมใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยรู้สึกปวดแสบ ปวดร้อน ไม่ สุขสบายผิวหนังบริเวณที่แทงเข็มแดง สารน้ำที่ให้หยดช้า ลง ถ้าปิด clamp ชั่วให้สารน้ำจะไม่ไหลเลือดไหลย้อนเข้ามา ในสาย (Doellman D,2009)

การพยาบาล

1. หยุดให้สารน้ำ
2. รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา
3. จัดแขนข้างที่บวมให้อยู่สูงกว่าลำตัวของผู้ป่วย
4. ประคบบริเวณที่บวมด้วยความร้อนเปียกทุก 4 ชั่วโมง
5. เปลี่ยนที่แทงเข็มให้สารละลายยาใหม่

6. บันทึกทางการพยาบาล

3. การติดเชื้อเฉพาะที่ (Local infection)

อาการและอาการแสดง บวมแดง ร้อน บริเวณที่แทงเข็ม ให้สารน้ำ อาจจะมีหนองบริเวณที่แทงเข็ม (Culverwell E, 2010)

การพยาบาล

1. หยุดให้สารน้ำ
2. สังเกตหนองบริเวณที่แทงเข็มเฉพาะเชื้อ
3. เปลี่ยนที่แทงเข็มให้สารละลายยาใหม่
4. บันทึกทางการพยาบาล

4. หลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)

เป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดดำ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดสิ่งที่ตามมา ดังนี้ ปวด บวม แดง ร้อน และ/หรือ เห็นลำเส้นเลือดได้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการได้รับสารละลายยา

อาการและอาการแสดง ผิวหนังบริเวณที่แทงเข็มบวม ตำแหน่งที่แทงเข็มแดงร้อน มีรอยแดงไปตามแนวของหลอดเลือด หลอดเลือดดำที่ใส่สารละลายยาเป็นลำแข็ง บางครั้งอาจมีไข้ร่วมด้วย(Oliveira AS, Veiga P, Parreira P,2012) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความรุนแรงของ Phlebitis

ระดับ 0 ไม่มีอาการ

ระดับ 1 แดงบริเวณที่แทงปวดหรือไม่ปวดก็ได้

ระดับ 2 ปวดบริเวณที่แทงพร้อมกับแดงและ/หรือบวม

ระดับ 3 ปวดบริเวณที่แทงพร้อมกับแดงและ/หรือบวมมีรอยแดงเป็นทางคล้ำได้หลอดเลือดแดงแข็ง

ระดับ 4 ปวดบริเวณที่แทงพร้อมกับแดงและ/หรือบวมมีรอยแดงเป็นทางคล้ำได้หลอดเลือดแดงแข็งยาว>1 นิ้วอาจพบหนองไหลออกมา

การพยาบาล

1. หยุดให้สารน้ำ
2. สังเกตและซักถามอาการ ประเมินสัญญาณชีพ
3. รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา
4. บริเวณที่อักเสบประคบด้วยความร้อนเปียก
5. เปลี่ยนที่แทงเข็มให้สารละลายยาใหม่
6. บันทึกทางการพยาบาล

5. การแพ้ยาที่ได้รับ (Allergic reaction)

อาการและอาการแสดง มีผื่นแพ้เกิดขึ้นที่ผิวหนัง ร่วมกับอาการแพ้ต่าง ๆ เช่น น้ำมูกไหล คันที่ผิวหนัง หายใจไม่สะดวกเนื่องจากมีภาวะหลอดลมหดรัดเกร็ง (Bronchospasm) ถ้าอาการเป็นมากอาจช็อกได้ (Elkin, M.K.,2000)

การพยาบาล

1. หยุดให้สารน้ำ
2. ให้การช่วยเหลือนตามอาการเช่น ให้ออกซิเจนในกรณีผู้ป่วยหายใจไม่ออก แล้วรีบรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา
3. วัดอุณหภูมิ อัตราการเต้นชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง
4. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือเร่งด่วน
5. บันทึกทางการพยาบาล

ยาปฏิชีวนะที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นหยด (intravenous drip of antibiotics) จะใช้ในกรณีที่ยาที่มีความเข้มข้นมาก หรืออาจเกิดอันตรายเมื่อไม่ได้เจือจางยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการให้ยาและเป็นอันตรายน้อยกว่า ดังนั้นจึงต้องนำยามาละลายกับสารละลายให้ยาเจือจางโดยใช้สารละลายปริมาณ 100 ml แนวทางการปฏิบัติในการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็นหยด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนให้สารน้ำ การให้สารน้ำและการดูแลระหว่างให้สารน้ำ มีดังนี้

1. หลักการปฏิบัติควรยึดหลัก 6 R
2. เตรียมยาตามแผนการรักษา โดยใช้สารละลายในการเจือจางได้แก่ 5% Dextrose in water, 0.9% NaCl และต่อเข้ากับชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ไล่อากาศในชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำออกให้หมด ตรวจสอบใบ MAR กับผู้ป่วยอีกครั้งก่อนการให้ยา
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอยู่แล้ว และมี three ways ให้ต่อยาที่เตรียมเข้าทาง three ways ให้ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อและระวังฟองอากาศที่ซัดต่อ three ways
4. กรณีที่ให้สารละลายยาเข้าหลอดเลือดดำเป็นหยดโดยผ่านชุด normal saline lock มีดังนี้

- เตรียมกระบอกฉีดยาบรรจุ NSS 3 ml ใส่อากาศออกจนหมด
- ทำความสะอาด injection plug ด้วย สำลีชุบ 70 % alcohol ปลดปล่อยให้แห้ง
- ฉีด NSS เข้า injection plug เพื่อทดสอบว่า อุดตัน (clot) หรือไม่ ถ้าฉีดยาก ฝืด ผิดปกติ ห้ามใช้แรงดันฉีดเข้าไป ให้สงสัยว่าเกิด อุดตัน (clot) ให้เอาเข็มออก และ เปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารละลายยาถ้าไม่มีปัญหา ให้สารละลายยา แทะเข็มเข้ากับหัว injection plug จนสุดเข็ม ปิดพลาสติกเกอร์ให้แน่น

5. เปิดยาให้หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ (ส่วนใหญ่ยาปฏิชีวนะที่ให้แบบหยด IV drip > 30 นาที) ซึ่งปกติจะให้หมด ภายในระยะเวลา >30 - 60 นาที หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอยู่แล้วและมี three way เมื่อยาหมด ให้หมุนปิด three ways connector ด้านที่ให้ยา

7. กรณีที่ใช้ normal saline lock หลังจากสารละลายยาหมด จะต้องฉีด NSS 3-5 ml ใส่สารละลายยาที่อยู่ในเข็ม ป้องกันการอุดตัน และถ้ามีการฉีดยาห่างกันเกิน 6-8 ชั่วโมง อาจทำให้ อุดตัน (clot) ได้ จะต้องฉีด NSS ทุก 6-8 ชั่วโมง

8. ถ้ามียาหลายชนิดต้องให้ในเวลาเดียวกัน ต้องฉีด NSS 5 ml ก่อนให้สารละลายยาชนิดต่อไป

นอกจากการที่พยาบาลปฏิบัติตามหลักการให้ที่ถูกต้องแล้วภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยาทางหลอดเลือดดำระหว่างให้หรือหลังให้การใส่สาย Intravenous catheter เป็นระยะเวลานาน (Ginsberg J, 2011) และยังพบปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการใส่สาย Intravenous catheter : ได้แก่ การขาดทักษะในการใส่ catheter, ตำแหน่งที่ฉีดยา, ชนิดของวัสดุที่ปิดแผล, ตำแหน่งที่ใส่มากกว่าหนึ่งตำแหน่ง, เวลาที่คาเข็ม : ถ้ามีภาวะหลอดเลือดอักเสบเกิดขึ้นมักเกิดจากการใส่ catheter มากกว่า 72 ชั่วโมง สภาพของผู้ป่วย : อายุมากกว่า 60 ปี, การวินิจฉัยโรค เช่น โรคเบาหวาน การติดเชื้อ การทำงานของระบบไหลเวียนเลือด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา : pH, Osmolarity, อัตราในการให้สารละลาย, ความถี่ในการให้สารละลาย pH

เลือดมี pH = 7.35-7.45 ยาที่มีลักษณะเป็นกรด pH < 7 และเป็นด่าง pH > 7 ทำให้เกิด Chemical Phlebitis ได้ (Oliveira AS, Veiga P, Parreira P, 2012)

ตัวอย่าง ยาปฏิชีวนะที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (ชาญกิจ พุดิเลพงษ์, 2552)

pH < 7	pH > 7	other
Ceftriaxone	Ampicillin and other penicillin	Amphotericin B
Ciprofloxacin	Cloxacillin	Clindamycin
Doxycycline	Ganciclovir	Co-trimoxazole
Erythromycin	Methicillin	Fosfomycin
Gentamicin		Tetracycline
Vancomycin		

- Osmolarity เลือดมี Osmolarity ประมาณ 280-310 mOsm/l ยา, สารน้ำ, TPN ที่เป็น hypotonic, hypertonic solution ทำให้เกิด Chemical Phlebitis ได้ เพราะฉะนั้นควรเลือกใช้ 5% Dextrose in water หรือ 0.9% NaCl สำหรับเตรียมหรือเจือจางยา เพราะเป็น Isotonic solution (อุสาห์ รุจิระวิโรจน์และคณะ, 2551)

การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ มีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. การศึกษา/การทบทวน ควรเริ่มต้นด้วยเทคนิคในการให้สารละลายและปัจจัยเสี่ยงร่วมกับประสบการณ์ของพยาบาล
2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ภาวะเสี่ยงของหลอดเลือดดำอักเสบควรมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยร่วมด้วย คือ ถ้ามีอาการปวด ไม่สุขสบาย มีสารละลายรั่วซึม บวม หรือบริเวณที่ให้สารละลายมีสีชมพู ควรเปลี่ยนตำแหน่งทันที
3. ประเมินอย่างใกล้ชิด บริเวณที่ให้สารละลายก่อนที่จะเริ่มให้ ควรตรวจตำแหน่งฉีดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (ทุก 8 ชั่วโมง)
4. พยาบาลปฏิบัติตามคำแนะนำบริษัทผู้ผลิตยาหรือเภสัชกร คำนี้ถึงความเป็นกรด ด่าง ความเข้มข้น ความเข้ากันได้ของยาและสารละลาย (ชาญกิจ พุดิเลพงษ์, 2552)
5. ลดอัตราการให้สารละลาย ควรมีการบริหารยาโดยมีการผสมให้เจือจางก่อน

5. การเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารละลาย ทุก 72 – 96 ชั่วโมง (วันแรกที่แทงเข็มเป็นวันที่ 1 และวันที่เอาเข็มออกเป็นวันที่ 4) หรือเมื่อมีอาการ
6. ยาที่มีความเข้มข้นสูง เลือกหลอดเลือดขนาดใหญ่ในขนาดของเข็ม อัตราการหยด เวลา สารละลายที่เหมาะสม (สุปราณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช, 2558)
7. ควรมีการปรึกษาแพทย์ในกรณีที่ทำให้สารละลายที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบอย่างต่อเนื่อง ควรพิจารณาที่จะทำ central line แทน
8. ปิดทับตำแหน่งแทงเข็มด้วยวัสดุคงทน ควรมีการ flush IV lines ก่อนและหลังให้สารละลาย
9. ระวังในกรณีที่ให้สารละลายในภาวะฉุกเฉิน อาจจะต้องมีการเปลี่ยนภายใน 96 ชั่วโมง

10. ใช้สารละลาย Chlorhexidine gluconate ก่อนที่จะเริ่มใส่ IV ควรรอให้แห้งอย่างน้อย 30 วินาที ซึ่งเป็นการปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งช่วยป้องกันการติดเชื้อและลดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบได้ (ชาญกิจ พุดิเลพงศ์, 2552)

นอกจากแนวทางการดูแลดังกล่าว ควรมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ อาจรวมไปถึงผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) และยาเคมีบำบัด ซึ่งจะทำให้พยาบาลได้เกิดความตระหนัก มีความรู้ในการปฏิบัติได้ถูกต้องมีความยั่งยืนและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย (Patient Safety)

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญกิจ พุดิเลพงศ์. (2552). การติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยยาใน : ธิดา นิงสานนท์ , สุวัฒนา จุฬวัฒน์กุล, ปรีชา มณฑานต์กุล , (บรรณาธิการ). การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).
2. เพ็ญภา พร้อมเพ็ญและคณะ. (2552). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล และอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาล 2552;24(3) 31 - 41.
3. สุปราณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ). (2554). การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : จุฑทองจำกัด.
4. สุปราณี เสนาดิสัย และ วรรณภา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ). (2558). การพยาบาลพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : จุฑทองจำกัด.
5. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST). (2556). สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในไทย สำนักงานนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.
6. อูสาห์ รุจิระวิโรจน์และคณะ. (2551). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดส่วนปลายอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. ราชบัณฑิตยสถาน. มกราคม-เมษายน 2551, 14 - 26.
7. Alexander M, Corrigan A, Gorski L, Hankins J & Perucca R. (2009). **Infusion Nursing: An Evidence Based Approach.** (3rd ed). Elsevier Saunders.
8. Culverwell, E. (2010). **Peripheral Intravenous Cannulation Self Learning Package.** Canterbury District Health Board Intravenous Cannulation Handbook 2010.
9. Doellman D, Hadaway L, Bowe-Geddes LA, et al. (2009). **Infiltration and extravasation: update on prevention and management.** Journal of Infusion Nursing, 32(4), 203-211.
10. Elkin, M.K., Perry, A.G. & Potter, P.A. (2000). **Nursing interventions & clinical skills.** (2nd ed.). St. Louis : Mosby.
11. Ginsberg J. **Peripheral venous disease.** In: Goldman L, Shafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chapter 81.
12. Oliveira AS, Veiga P, Parreira P. **Incidence of phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: The influence of some risk factors.** Australian journal of advanced nursing ;2012,30 :32-39.

ความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Knowledge Attitudes and Skills for Home Visit of nursing students

Srimahasarakham Nursing College

ชาติ ไทยเจริญ¹, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์², สุกฤต สุริโย³, วีระชัย อม่น้ำขาว⁴, ขนิษฐา ธนสมบัติ⁵

Chart Thaicharoen, Kittisak Kraichan, Supakrid Suriyo, Weerachai Imnamkhao, Khanittha Thanasombat

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน และ 3) ตัวแปรข้อมูลคัดสรรที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน 3) แบบสอบถามเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน และ 4) แบบสอบถามทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบทดสอบความรู้อำนาจการหาความเชื่อมั่น KR 20 เท่ากับ 0.1307 ส่วนแบบสอบถามเจตคติและแบบสอบถามทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 24.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน เจตคติและทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.93$, $\sigma = 0.42$; $\mu = 4.15$, $\sigma = 0.51$, ตามลำดับ) 2) เจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$), ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติและทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และ 3) ระดับคะแนนภาคทฤษฎีวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติและทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

คำสำคัญ : ความรู้ เจตคติ และทักษะ, การให้บริการสุขภาพที่บ้าน

Abstract

This descriptive research aims to study 1) knowledge, attitudes, and skills for home visit of nursing students, 2) the relationship among knowledge, attitudes, and skills for home visit and 3) the relationship between the selected personal data and the knowledge, attitudes, and skills for home visit of nursing students. The population of this research comprised 102 third year nursing students, enrolled in the bachelor degree program in nursing, 2016 academic year, of Srimahasarakham Nursing College. The data research instrument include; 1) the personal data questionnaire 2) the questionnaire on knowledge for home visit 3) the questionnaire on attitudes for home visit and 4) the

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

questionnaire on skills for home visit. The questionnaire was tested for its content validity by a panel expert. The questionnaire on knowledge for home visit was tested for reliability with KR 20 = 0.13, while the questionnaire on attitudes for home visit and the questionnaire on skills for home visit was tested for reliability with Cronbach's Alpha coefficient = 0.87 and 0.97, respectively. Frequency, percentage, mean and standard deviation were used to analyze data.

The findings revealed that 1) Knowledge for home visit of nursing student was average 24.68 from 40 points, attitudes and skills for home visit was at high level ($\mu = 3.93$, $\sigma = 0.42$; $\mu = 4.15$, $\sigma = 0.51$, respectively) 2) Attitudes for home visit was positive relationship in medium level with skills for home visit ($p < 0.01$), knowledge was not significant with attitudes and skills for home visit ($p > 0.05$) 3) and 3) Grade of family and community nursing subject 1 was not significant with attitudes and skills for home visit ($p > 0.05$)

Key words: knowledge attitudes and skills, Home Visit

บทนำ

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงทักษะทางวิชาชีพ การพยาบาลที่ชิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการให้บริการสุขภาพที่บ้านจะช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมปัญหาสุขภาพที่แท้จริงเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ และครอบครัว อันจะทำให้วางแผนในการช่วยเหลือปัญหาสุขภาพครอบครัวร่วมกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การให้บริการสุขภาพที่บ้านคือการจัดบริการสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับผู้รับบริการและครอบครัวเป็นราย ๆ ไป โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสุขภาพผู้รับบริการและครอบครัวที่บ้าน การประสานงานกับทีมรักษาว่าจะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาลหรือส่งต่อ รวมถึงการประเมินความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการที่จะสามารถปฏิบัติการกิจประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร จ่ายตลาด ดูแลความสะอาดของบ้านเรือน เป็นต้น โดยการให้บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพจะยึดหลักตามกระบวนการพยาบาลทั่ว ๆ ไป ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้รับบริการและครอบครัว (Assessment) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)⁽¹⁾

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน จำเป็นต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองตั้งแต่เป็น นักศึกษาพยาบาล ซึ่งสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทยได้นำ การให้บริการสุขภาพที่บ้านมาใช้ในการเรียนการสอนมานานมากกว่า 20 ปี วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เป็นสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาแล้วหลายปี ทั้งนี้ หลักสูตรที่วิทยาลัยพยาบาลฯ ได้เปิดสอนในปัจจุบันคือ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555)⁽²⁾ โดยมีรายวิชาที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องเรียนทั้งสิ้น 144 หน่วยกิต แบ่งเป็นภาคทฤษฎี จำนวน 116 หน่วยกิต ซึ่งประกอบด้วยหมวดวิชาศึกษาทั่วไป หมวดวิชาเฉพาะ และหมวดวิชาเลือกเสรี และนักศึกษาจะต้องฝึกภาคปฏิบัติจำนวน 28 หน่วยกิต ทั้งนี้ หนึ่งในรายวิชาที่นักศึกษาต้องผ่านการเรียนรู้ดังกล่าวนี้ นักศึกษาจะต้องผ่านการเรียนในรายวิชา การพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ซึ่งนักศึกษาจะต้องนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวที่ได้จากการเรียนในภาคทฤษฎี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินและการรวบรวมข้อมูลสุขภาพครอบครัวตามหลัก INHOMESSS⁽³⁾ ซึ่งนักศึกษานำข้อมูลสุขภาพครอบครัวที่เก็บรวบรวมได้ไปวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนและให้การ

ช่วยเหลือครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบ ขณะฝึกปฏิบัติงานในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 โดยนักศึกษาพยาบาลแต่ละคนจะต้องฝึกปฏิบัติในคลินิกให้ผ่านเกณฑ์การประเมินที่หลักสูตรกำหนดจึงจะถือว่าเป็นพยาบาลผู้มีความสามารถที่ยอมรับได้⁽⁴⁾

ในการศึกษาภาคปฏิบัติรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาล

ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติงานในชุมชนต่าง ๆ ทั้งชุมชนเมือง กึ่งเมือง และชนบท ซึ่งการฝึกปฏิบัติงานเป็นวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลต้องประยุกต์ความรู้ด้านทฤษฎีผสมผสานบูรณาการความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการฝึกปฏิบัติ จนกลายเป็นศาสตร์และศิลป์ของการพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัตินั้น อาจารย์ผู้สอนต้องมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกระบวนการเรียนการสอน เพื่อมุ่งเน้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้อย่างครบถ้วน ทั้งทางด้านทฤษฎี จิตพิสัย และทักษะพิสัย โดยการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติประกอบด้วย การวางแผนนิเทศ การดำเนินการนิเทศ และการประเมินผล⁽⁵⁾

⁽⁶⁾ อันจะทำให้ นักศึกษามีความสามารถในการให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวแบบองค์รวมตามสภาพปัญหาและความต้องการที่มีความแตกต่างกันออกไป

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่านักศึกษาจะผ่านเกณฑ์การเรียนจากภาคทฤษฎีมาแล้ว แต่ก็ยังพบว่านักศึกษายังมีปัญหาของการฝึกปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยจากประสบการณ์ในการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษาในรายวิชาดังกล่าวที่ผู้วิจัยพบว่า นักศึกษายังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวที่มีความสำคัญอันจะนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัย

การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมกับสภาวะทางสุขภาพที่พบสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ วิจิตรกุล และ สุวรรณเหรียญสูง⁽⁷⁾ ที่พบว่า ทักษะคิดต่อวิชาชีพการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .5703$) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ขงภูมิพุทธา⁽⁸⁾ ที่พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเรียนภาคปฏิบัติอย่างมีความสุขของนักศึกษาพยาบาล

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวทำให้ทีมผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ความรู้ เจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร อันจะเป็นประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
3. ศึกษาตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 102 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดให้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 102 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ภาคการศึกษา ที่ 1 ปีการศึกษา 2559 และ 4) คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) เมื่อสิ้นสุดภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2559 ซึ่งเป็นแบบ checklist และแบบเติมคำในช่องว่าง

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบ จำนวน 40 ข้อ โดยมีขอบเขตเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว การพยาบาลครอบครัวแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลอย่างเอื้ออาทร และการให้บริการสุขภาพที่บ้านและเวชปฏิบัติครอบครัว

3) แบบสอบถามเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านปัญญา จำนวน 12 ข้อ และ 3) ด้านพฤติกรรม (Behavioral component) จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด และ 5=มากที่สุด)

4) แบบสอบถามทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด และ 5=มากที่สุด)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า Content validity index (CVI) ของแบบสอบถามที่ 3 และ 4 เท่ากับ 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ จากนั้น ทีมผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่น KR 20 ได้เท่ากับ 0.1307 และ นำแบบสอบถามเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้านและแบบสอบถามทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 รุ่น 31 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555) เคยผ่านการเรียนภาคทฤษฎีในรายวิชา การพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 และผ่านการฝึกปฏิบัติงานในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 จำนวน 30 คน พบว่า แบบสอบถามเจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2560 ถึงเดือนมิถุนายน 2560 ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 102 คน ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนจำนวน 93 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.18

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1) ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1 มีอายุระหว่าง 20 – 25 ปี ร้อยละ 97.85 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและ

ชุมชน 1 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2559 อยู่ที่เกรด B 3.50 ร้อยละ 51.61 และคะแนนเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.50 ร้อยละ 47.31 และระดับคะแนนอยู่ที่เกรด B+ ร้อยละ 33.33 และมีคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) อยู่ในช่วง 3.01 – 3.51 ร้อยละ 45.16

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N= 93)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	81	87.1
ชาย	12	12.9
อายุ (ปี)		
20 – 25 ปี	91	97.85
26 ปีขึ้นไป	2	2.15
ระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2559		
A	6	6.45
B+	31	33.33
B	44	47.31
C+	10	10.75
C	2	2.15
คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) ของนักศึกษา จากปีการศึกษา 2557 ถึง ปีการศึกษา 2559		
2.50 – 3.00	42	45.16
3.01 – 3.50	48	51.61
3.51 ขึ้นไป	3	3.23

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่นักศึกษาตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับการเขียนผังครอบครัว ร้อยละ 99.02 รองลงมาคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับหลักการให้บริการสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 97.06 และข้อที่นักศึกษาตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับประโยชน์ของผังครอบครัว ร้อยละ 97.06 รองลงมาคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของการพยาบาลครอบครัว ร้อยละ 95.10 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 24.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.93$, $\sigma = 0.42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component) อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.86$, $\sigma = 0.77$) องค์ประกอบด้าน

ปัญญา (Cognitive component) อยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.04$, $\sigma = 0.45$) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.86$, $\sigma = 0.35$) รายละเอียดดังตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล เจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เป็นรายด้านและโดยรวม (N = 93)

เจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	μ	σ	ระดับ
องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component)	3.86	0.77	มาก
องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive component)	4.04	0.45	มาก
องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component)	3.86	0.35	มาก
โดยรวม	3.93	0.42	มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.15$, $\sigma = 0.51$) โดยทักษะที่นักศึกษามีมากที่สุดมี 2 ข้อคือ สามารถซักประวัติเกี่ยวกับการปัสสาวะในผู้รับบริการที่เป็นเบาหวาน และสามารถทำแผลในผู้รับบริการที่เป็นเบาหวาน ($\mu = 4.26$, $\sigma = 0.60$; $\mu = 4.26$, $\sigma = 0.66$ ตามลำดับ) รองลงมาตามลำดับคือ สามารถประเมินผลการพยาบาล และให้การดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ($\mu = 4.23$, $\sigma = 0.57$) สามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของครอบครัว ($\mu = 4.22$, $\sigma = 0.57$) และสามารถสอน/สอนสาธิต เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ครอบครัว ($\mu = 4.22$, $\sigma = 0.62$) ส่วนทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลที่น้อยที่สุดคือ สามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลครอบครัวที่มีผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($\mu = 3.96$, $\sigma = 0.67$) สามารถวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดปัญหาและความต้องการของครอบครัว ($\mu = 4.05$, $\sigma = 0.67$) และสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ($\mu = 4.05$, $\sigma = 0.63$) รายละเอียดดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (N = 93)

ทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	μ	σ	ระดับ
1. สามารถวางแผนร่วมกับทีมงาน ทั้งก่อนและหลังการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	4.20	0.65	มาก
2. สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัว ทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม	4.19	0.58	มาก
3. สามารถเลือกใช้เครื่องมือ INHOMESSS ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ผู้รับบริการและครอบครัว	4.12	0.74	มาก
4. สามารถซักประวัติเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังของผู้รับบริการ	4.18	0.63	มาก
5. สามารถตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังของผู้รับบริการ	4.10	0.69	มาก
6. สามารถตรวจการมองเห็นในผู้รับบริการที่เป็นเบาหวาน	4.14	0.70	มาก

ทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	μ	σ	ระดับ
7. สามารถตรวจอาการหาตามปลายมือปลายเท้าในผู้รับบริการที่เป็นเบาหวาน	4.17	0.70	มาก
8. สามารถซักประวัติเกี่ยวกับการปัสสาวะในผู้รับบริการที่เป็นเบาหวาน	4.26	0.60	มาก
9. สามารถทำแผลในผู้รับบริการที่เป็นเบาหวาน	4.26	0.66	มาก
10. สามารถประเมินปัญหา/ความต้องการของครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	4.11	0.67	มาก
11. สามารถวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดปัญหาและความต้องการของครอบครัว	4.05	0.67	มาก
12. สามารถตัดสินใจเลือกครอบครัวที่จะเยี่ยมโดยการจัดลำดับความสำคัญก่อน-หลัง	4.18	0.68	มาก
13. สามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของครอบครัว	4.22	0.57	มาก
14. สามารถประเมินผลการพยาบาล และให้การดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง	4.23	0.57	มาก
15. สามารถส่งต่อข้อมูลสุขภาพครอบครัวในรายที่มีปัญหาต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง	4.09	0.72	มาก
16. สามารถบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน	4.05	0.63	มาก
17. สามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลครอบครัวที่มีผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	3.96	0.67	มาก
18. สามารถให้คำแนะนำ/คำปรึกษา เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ครอบครัว	4.14	0.62	มาก
19. สามารถสอน/สอนสาธิต เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ครอบครัว	4.22	0.62	มาก
20. สามารถเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ครอบครัว	4.11	0.67	มาก
21. สามารถสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ครอบครัว	4.19	0.63	มาก
22. สามารถสนับสนุนให้ครอบครัวพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ	4.19	0.65	มาก
23. สามารถปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาล บนพื้นฐานการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยคำนึงความเป็นปัจเจกบุคคลและความหลากหลายทางวัฒนธรรม	4.18	0.59	มาก
โดยรวม	4.15	0.51	มาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า เจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับทักษะในการ

ให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$), ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติและทักษะในการ
ให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (N = 93)

ตัวแปร	ความรู้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	เจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	ทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน
ความรู้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	-	.109 ($p=0.30$)	.186 ($p=0.075$)
เจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	-	-	.396** ($p=.000$)
ทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	-	-	-

** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัว และชุมชน 1) กับเจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = 0.038, p = >.05$) และระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = 0.101, p = >.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับคะแนนวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 (Grade)) ที่มีผลต่อเจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (N = 93)

ตัวแปร	เจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน	ทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน
ระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1	0.038 ($p=0.718$)	0.101 ($p=0.333$)

** $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยเรื่อง ความรู้ เจตคติ และทักษะ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ได้นำเสนอเรียงตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกการอภิปรายผลออกเป็น 3 ตอนดังนี้

2.1 ความรู้ เจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลเมื่อ จำแนกเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่นักศึกษาตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ

คำถามเกี่ยวกับการเขียนผังครอบครัว ร้อยละ 99.02 และข้อที่นักศึกษาตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับประโยชน์ของผังครอบครัว ร้อยละ 97.06 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 24.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน แสดงว่า แม้ นักศึกษาพยาบาลจะมีความรู้ในการเขียนผังครอบครัวจากการรับฟังการบรรยายในชั้นเรียนรวมถึงการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมก็ตาม แต่นักศึกษาพยาบาลยังขาดการเชื่อมโยงความรู้เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์จากผังครอบครัวเนื่องจากนักศึกษายังขาดประสบการณ์ตรงในการศึกษาครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของมนัสกรณ์ วิฑูรเมธาและคณะ⁽⁹⁾ ที่พบปัญหาของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ซึ่งเรียนวิชากระบวนการพยาบาล และจะนำไปใช้จริงในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานซึ่งเป็นวิชาแรกของการปฏิบัติการพยาบาล และยังสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลของ ธัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล และวิไลพร สิงห์นัคคิก⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ว่าตนเองมีปัญหการเขียนแผนการพยาบาล โดยเฉพาะการวินิจฉัยการพยาบาล และพบปัญหาด้านความรู้และด้านทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลในแต่ละขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.93$, $\sigma = 0.42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component) อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.86$, $\sigma = 0.77$) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive component) อยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.04$, $\sigma = 0.45$) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.86$, $\sigma = 0.35$) สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม⁽¹¹⁾ ที่กำหนดไว้ว่า บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจใน

ปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก และสอดคล้องกับการศึกษาของอนัญญา คูอาริยะกุล และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ มีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 มีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลอยู่ในระดับดี ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.15$, $\sigma = 0.51$) โดยทักษะที่นักศึกษามีมากที่สุดมี 2 ข้อคือ สามารถซักประวัติเกี่ยวกับการบัสสาวะในผู้รับบริการที่เป็นเบาหวาน และสามารถทำแผลในผู้รับบริการที่เป็นเบาหวาน

($\mu = 4.26$, $\sigma = 0.60$; $\mu = 4.26$, $\sigma = 0.66$ ตามลำดับ) รองลงมาตามลำดับคือ สามารถประเมินผลการพยาบาลและให้การดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ($\mu = 4.23$, $\sigma = 0.57$) สามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของครอบครัว ($\mu = 4.22$, $\sigma = 0.57$) และสามารถสอน/สอนสาธิต เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ครอบครัว ($\mu = 4.22$, $\sigma = 0.62$) ส่วนทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลที่น้อยที่สุดคือ สามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลครอบครัวที่มีผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($\mu = 3.96$, $\sigma = 0.67$) สามารถวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดปัญหาและความต้องการของครอบครัว ($\mu = 4.05$, $\sigma = 0.67$) และสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน ($\mu = 4.05$, $\sigma = 0.63$) แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลยังต้องมีการฝึกทักษะปฏิบัติต่อไป โดยอาศัยการสนับสนุนจากหลายๆ ด้าน เช่น เจตคติของตัวนักศึกษาเอง อาจารย์ผู้สอน ภาควิชาปฏิบัติ และสภาพแวดล้อม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุ

ปราณี หมั่นยา และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทักษะการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลคือ ปัจจัยด้านนักศึกษา ปัจจัยด้านเพื่อน และปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ในระดับมากตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และ

วิราดา อรรถเมธชากุล⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล บนหอผู้ป่วย ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม เจตคติต่อวิชาชีพ และการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา ด้านผู้สอนภาคปฏิบัติ และด้านสภาพแวดล้อม กับความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล เกรดเฉลี่ยสะสมของ นักศึกษา ผู้สอนภาคปฏิบัติ และสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมใจ วิจิตรกุล และสุวรรณ เจริญสุขงษ์⁽⁷⁾ ที่พบว่า ทศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .5703$) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของสมศรี ทาทาน และอัมพร ยา

นะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ทักษะปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทศนคติต่อวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .785$) แม้การศึกษาครั้งนี้จะพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติและทักษะปฏิบัติที่ดีก็ตาม แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่า นักศึกษาพยาบาลจะต้องได้รับความรู้ก่อนฝึกทักษะเสมอ⁽¹⁶⁾

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1) กับเจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1) กับเจตคติ และทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.038, p > .05$) และระดับคะแนน (Grade) วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.101, p > .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี หมั่นยา และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทักษะการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ของการฝึกภาคปฏิบัติ วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล และสอดคล้องกับนิตยา ขงภูมิพุทธา⁽⁸⁾ ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเรียนภาคปฏิบัติ อย่างมีความสุขของนักศึกษาพยาบาล แสดงว่า การวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการศึกษาเท่านั้น ไม่ได้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่มีระดับคะแนนสูงจะมีเจตคติ และมีทักษะปฏิบัติที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ จากผลการศึกษาของสุปราณี หมั่นยา และคณะ⁽¹³⁾ ที่

พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทักษะการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลคือ ปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ก็เป็นตัวที่ช่วยยืนยันว่า อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นแบบอย่างให้นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติและทักษะปฏิบัติที่ดี ซึ่งนักศึกษาพยาบาลที่มีเจตคติและทักษะปฏิบัติที่ดีดังกล่าว ก็จะเปลี่ยนมาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีเจตคติและทักษะปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพนั่นเอง

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าทักษะในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของนักศึกษาพยาบาลที่น้อยที่สุดคือสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลครอบครัวที่มีผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($M = 3.96, S.D. = 0.67$) นั้น ทีมผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ในการจัดการเรียน

การสอนทุกรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของวิทยาลัยพยาบาล

ศรีมหาสารคามนั้น ต้องสอดแทรกทักษะในด้านความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพเข้าไป ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21⁽¹⁷⁾ ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้เรียนเกิดประสิทธิภาพสูงสุดเกี่ยวกับการเรียนรู้ในหลายๆ รูปแบบอีกด้วย

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติงาน โดยเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการดูแลสุขภาพให้มากขึ้น โดยอาจเริ่มจากวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ซึ่งเป็นวิชาภาคทฤษฎี ทั้งนี้ จะทำให้นักศึกษามีความคุ้นเคยกับการนำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลได้ดีขึ้น รวมถึงรายวิชาอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ ซึ่งสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 เป็นต้นมา

เอกสารอ้างอิง

1. Lira, A.L.B.C., & Lopes, M.V.O. Nursing diagnosis: Educational strategy based on problem-based learning. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**, 19(4): 936-943. 2011.
2. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555). วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, 2555.
3. Unwin BK, Jerant AE. The home visit. The American Academy of Family Physicians; 1999 [4 December 2010]; Available from: <http://www.aafp.org/aafp/991001ap/1481.html>
4. ปรัชญา; กองการพยาบาล เข้าถึงได้จาก http://www.nursing.go.th/?page_id=41.
5. ครุณี รุ่งกรกานต์. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการตำราทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2541.
6. มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. ระเบียบวิธีการสอนการพยาบาลในคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี, โครงการสวัสดีการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2543.
7. สมใจ วินิจกุล และสุวรรณา เจริญสุขสงฆ์. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล ของบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์. **วารสารเกื้อการุณย์**. 21(2): 113-125. 2557.
8. นิตยา ยงภูมิพุทรา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนักศึกษาคุณลักษณะครูที่เลี้ยงสภาพแวดล้อมทางคลินิกกับการเรียนภาคปฏิบัติอย่างมีความสุขของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)]. คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2543.

9. มนสรณ์ วิฑูรเมธา, สมจิต นิพัทธหัตถพงศ์, มาลี เอี่ยมสำอาง และลัดดาวัลย์ เสงขามกุล. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**. 27(2): 100-113, 2559.
10. ธัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล และวิไลพร สิงหนักคิจ. การรับรู้ความสามารถในการเขียนแผนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2550. **วารสารสภากาชาดไทย**. 2(1-3): 60-76, 2552.
11. อัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. เข้าถึงได้จาก
http://www.smnc.ac.th/smncweb/index.php?option=com_content&view=article&id=148&Itemid=233
12. อนัญญา คูอาริยะกุล, วราภรณ์ ชศทวิ, นัยนา อินธิโชติ, ภิวารรณ นวลทอง และวีระยุทธ อินพะเนา. เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 6(1): 18-26. 2555.
13. สุปรานี หมั่นยา, ภิวารรณ นวลทอง, ปุณณิศา ทองแดง และดวงดาว เทพทองคำ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทักษะการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. 8(3)(ฉบับพิเศษ): 200-211. 2557.
14. ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และวิภา อรรถเมธากุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี. ราชบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข, 2553.
15. สมศรี ทาทาน และอัมพร ยานะ. ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะปฏิบัติการพยาบาลและทัศนคติต่อวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพะเยา (รายงานวิจัย). พะเยา. 2551.
16. ศิริจิตร จันทร และธัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล. ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล พื้นฐานของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. **วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย**. 5(1): 32-45. 2555.
17. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราญ นิรันดร์, จิราภรณ์ จันทรอาร์ักษ์, บุญเดือน วัฒนกุล และทศยรัตน์ รื่นเรือง. ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 25(2): 178-193. 2558.

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา
บ้านทัพเขียม อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

Factors Relating to the Prevention and Control of Malaria Along the Border with Thailand -
Cambodia Ban Thupsium, Ta Phraya District, Sa Kaeo Province.

จุฑามาศ เบ้าคำทอง*¹ นุชนาถ ไกรราม*²

Chuthamat Baokhumkong*¹ Nochanat Krairam*²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ณ จุดเวลา (Cross Sectional Analytical Study) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ทำการเก็บตัวอย่างแบบ Simple Random Sampling จากประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี จำนวน 91 คน เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมและป้องกัน โรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2558

ผลการศึกษา พบว่า ด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ พบว่า เพศหญิงมีการควบคุมป้องกัน โรคมาลาเรียเป็น 0.20 เท่าของเพศชาย อายุ พบว่า อายุ 41 ถึง 60 ปี มีการควบคุมป้องกัน โรคมาลาเรียเป็น 0.10 เท่าของผู้ที่มีอายุ 18 ถึง 40 ปี อาชีพหลัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีงานทำมีการควบคุมป้องกัน โรคมาลาเรียเป็น 0.11 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีงานทำ ด้านรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มีการควบคุมป้องกัน โรคเป็น 0.13 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมีการควบคุมป้องกัน โรคมาลาเรียเป็น 4.32 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนข้อมูลด้านพฤติกรรม มีการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกัน โรคมาลาเรียเป็น 0.08 เท่าของการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกัน โรคน้อย (OR = 0.08, 95% CI = 0.02-0.34) ในขณะที่ข้อมูลด้านความรู้ และทัศนคติความเชื่อ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษา นวัตกรรมทางสาธารณสุขควรมีการให้บริการเชิงรุก โดยการเข้าถึงพื้นที่และประชาชน เพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกัน โรคมาลาเรีย และให้ความรู้ในการควบคุมป้องกัน โรคที่ถูกต้องแก่ประชาชนพื้นที่ ประชาชนจึงควรมีการตระหนักถึงป้องกันตนเองจากยุงมากขึ้น

คำสำคัญ : โรคมาลาเรีย, การควบคุมป้องกัน โรค, ปัจจัย

Abstract

This study is a cross sectional analytical study. The questionnaire was used to be the tool to collect the data from 91 samples aged 18-60 years old which were from systematic random sampling to study individual, knowledge, attitudes and beliefs, and behavioral factor that were related to the control and prevention of malaria in the area along the border of Thailand – Cambodia, Ban Thupsium, Ta Phraya district, Sa Kaeo province between July - December, 2015.

From the study, in the general information part revealed that women had the prevention and control of malaria behavior 0.20 times more than male, sample aged 41 to 60 years old had the prevention and control of malaria behavior 0.10 times more than those whose aged 18 to 40 years old, the samples who were employed had the behavior of controlling and preventing in malaria 0.11 times more than those who unemployment. Moreover, samples who have ever obtained the malaria prevention and control information had the behavior of controlling and preventing in malaria 4.32 times more than those who have never received the information. In the part of behavior in the controlling and preventing of Malaria, it was found that the practice of disease prevention and control as much as 0.08 comparing with the less in its practice of the prevention and control (OR = 0.08, 95% CI = 0.02-0.34) while the data regarding knowledge attitudes and beliefs had no statistical significance.

¹ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² เจ้าหน้าที่วิจัย บริษัทกลับ 21 ไทยแลนด์

The results of this study reveal that public health personnel should be proactive serviced by accessing the public areas for intervening the prevention and control of malaria, and promoting knowledge of how to control and prevent the disease in public areas including the protection of themselves from the carriers of the disease such as mosquitoes.

Keywords: Malaria, Prevention and Diseases control, Factors

บทนำ

โรคมาลาเรียเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อโปรโตซัวพลาสโมเดียม (Plasmodium parasite) โดยมียุงก้นปล่อง (*Anopheles spp.*) เป็นพาหะนำโรค และมีมานานกว่า 50,000 ปีแล้ว ในปัจจุบันถือเป็นโรคประจำถิ่นที่ยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและทางด้านการแพทย์ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชากรโลกที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรีย ได้แก่ กลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา แถบทวีปอเมริกาใต้ กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง ทวีปเอเชีย หมู่เกาะอิสปานิ โอลาและโอเชียเนีย สถานการณ์โรคมาลาเรียทั่วโลกพบว่าในแต่ละปีมีจำนวนประชากรประมาณ 3.20 ร้อยล้านคนใน 97 ประเทศที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อมาลาเรียและโรคที่กำลังพัฒนา และอีก 1.20 ร้อยล้านคนที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อมาลาเรีย ในปี 2013 มีการติดเชื้อมาลาเรียทั่วโลก 198 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014)

ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าสถานการณ์การระบาดของโรคมาลาเรียในประเทศไทยภาพรวมมีแนวโน้มลดลง แต่การควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียในบางพื้นที่ยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมในปัจจุบันมีการแพร่กระจายของโรคชุกชุมในบางพื้นที่ แหล่งแพร่เชื้ออยู่ในพื้นที่ป่าเขา แถบชายแดนที่ทุรกันดาร ทำให้การควบคุมและป้องกันโรคเข้าถึงได้ยาก และนอกจากนี้ยังมีปัญหาต่อการดื้อยาต้านเชื้อมาลาเรีย ซึ่งมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในแถบจังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศพม่า ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย ซึ่งยังมีการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามแดนเข้ามาในประเทศไทย การเคลื่อนย้ายประชากรอาจส่งผลให้เกิดการนำเชื้อโรคเข้ามาในพื้นที่นั้น และในบางพื้นที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าไปปฏิบัติงานได้เพราะมีความไม่ปลอดภัยต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ โดยสถานการณ์โรคมาลาเรียในปี พ.ศ.2557 พบว่ามีผู้ป่วยมาลาเรียสะสม 30,006 คน คิดเป็นอัตราป่วย

0.46 ต่อพันประชากร ลดลงจากปี พ.ศ. 2556 ณ ช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 0.55 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเด็กนักเรียน (ร้อยละ 23.12) กลุ่มอายุที่พบสูง คือ อายุ 15-24 ปี พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 73.65 (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรจากประเทศใกล้เคียงกับประเทศไทยเป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวเข้ามาเพื่อรับจ้างประกอบอาชีพต่างๆ หรือเข้ามาเยี่ยมญาติตามแถบชายแดน โดยเฉพาะชายแดนไทยกัมพูชา

จังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอาณาเขตติดต่อกับชายแดนประเทศกัมพูชา แบ่งการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสระแก้ว อำเภอลองหาด อำเภอตาพระยา อำเภอวังน้ำเย็น อำเภอวัฒนานคร อำเภออรัญประเทศ อำเภอเขาฉกรรจ์ อำเภอโคกสูง และอำเภอวังสมบูรณ์ มีพื้นที่ทางทิศตะวันออกติดต่อกับประเทศกัมพูชาอยู่ในเขตอำเภอตาพระยา อำเภอโคกสูง อำเภอลองหาด และอำเภออรัญประเทศ สภาพทั่วไปในพื้นที่จังหวัดสระแก้วโดยรวมเป็นพื้นที่ราบถึงที่ราบสูงและมีภูเขาสูงสลับซับซ้อน มีระดับความสูงจากน้ำทะเล 74 เมตร มีทิวเขาบรรทัดซึ่งเป็นต้นกำเนิดของแม่น้ำบางปะกง ซึ่งสภาพป่าในบริเวณพื้นที่นั้นเป็นป่าไม้ที่อุดมสมบูรณ์เหมาะสมแก่การเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะหลัก และบ้านตาพระยา อำเภอตาพระยา นี้เป็นจุดผ่อนปรนระหว่างไทย-กัมพูชา ทำให้ประชากรทั้งสองประเทศมีการหลั่งไหลเข้าออกเพื่อการติดต่อค้าขาย แลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม กลุ่มแรงงานที่เข้ามาทั้งที่ถูกกฎหมายและลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ทำให้จังหวัดสระแก้วประสบปัญหาต่างๆ ทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคมาลาเรีย ซึ่งข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม-24 กรกฎาคม 2558 จากสถิติจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยมาลาเรียชาวไทยและชาวต่างชาติ จำนวน 42 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.08 (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง, 2558)

จากปัญหาการระบาดของโรคมาลาเรียดังกล่าว ผู้วิจัยได้มองเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการควบคุมและการป้องกันโรคมาลาเรียที่จะยากต่อการควบคุมและแก้ไข เพราะ

ปัจจุบันนี้เชื้อมาลาเรียสามารถคือต่อยารักษาโรค และถ้าผู้ป่วยได้รับเชื้ออาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ทั้งยังสูญเสียทรัพย์สินค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาพยาบาล ในการจัดหาสารเคมี เพื่อใช้ควบคุมยุงกันปล่อง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งเป็นงบประมาณในการพัฒนาบริหารประเทศ จึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการดำเนินงานแก้ปัญหาการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคมาลาเรียอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษา ภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรีย ทำการเก็บตัวอย่างจากประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 91 คน ทำการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2558

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว
2. ประชาชนมีความตระหนักถึงปัญหาการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรีย
3. ผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรีย

รูปแบบและประชากร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross Sectional Analytical Study) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ทำการเก็บตัวอย่างจากประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี จำนวน 91 คน

ระยะเวลาของการศึกษา

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ เวลาใดเวลาหนึ่งคือระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกประชากรผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียที่มีอายุ 18-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวนประชากร 443 คน ตั้งแต่ กรกฎาคม-ธันวาคม 2558 และนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว ที่มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปถึงอายุ 60 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ซึ่งยังไม่ผ่านการตรวจสอบในข้อตกลงเกณฑ์คัดเข้าในการเลือกตัวอย่างทั้งหมด 443 คน ใช้สูตรการคำนวณการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร (Daniel, 1995) คำนวณได้ดังนี้

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

นำมาแทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(443)(1.96)^2(0.08)(1-0.08)}{(0.05)^2(443-1) + (1.96)^2(0.08)(1-0.08)}$$

$$n = \frac{125.254}{1.387}$$

$$n = 90.305$$

$$n = 91$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมี จำนวน 91 คน

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกระจายครอบคลุมทั่วถึง สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรศึกษาได้ จึงได้ทำการสุ่ม

ขนาดตัวอย่าง ด้วยวิธีการคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างแบบ Simple Random Sampling โดยทำการเขียนบ้านเลขที่ลงในกระดาษจากนั้นทำการจับฉลากจึงได้มาซึ่งประชากรกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ประชากรสัณฐานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว นานกว่า 3 เดือน
- 2) ไม่มีความพิการ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 3) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ถึงอายุ 60 ปี
- 4) เป็นผู้ที่มีอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย ได้แก่ ทำนา ทำไร่ ทำสวน หาของป่าล่าสัตว์ และเลี้ยงสัตว์ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง
- 5) เป็นผู้ให้ความยินยอมในการศึกษาวิจัยและให้ข้อมูลได้

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้า เย็นกลับ
- 2) ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีความพิการ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่สมบูรณ์
- 3) กลุ่มตัวอย่างที่กรอกข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษามาจากตำราแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC เท่ากับ 0.94 และค่า Reliability เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมมาลาเรีย
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคมมาลาเรีย
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการโรคมมาลาเรีย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อขอข้อมูล ประชากร และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยถึงผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการทำวิจัยและการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

4. บันทึกข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษครั้งนี้จะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม EPI Info Version 3.14 เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถตอบวัตถุประสงค์ โดย

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา

(Descriptive statistics) โดยนำเสนอค่าแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการควบคุมและป้องกันโรคมมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเขียม อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยใช้สถิติ Univariate logistic regression ในการแปลค่า คือ หาค่า OR ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมงานวิจัย

1. การทำวิจัยในครั้งนี้ ได้ส่งเอกสารเพื่อขอการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE582258

2. การเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของอาสาสมัครในรูปแบบรหัสและไม่นำข้อมูลของอาสาสมัครที่อาจนำไปสู่การระบุตัวตนของอาสาสมัคร และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ด้านข้อมูลทั่วไป

ประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 91 คน เพศชาย จำนวน 41 คน ร้อยละ 45.1 และเพศหญิง 50 คน ร้อยละ 54.9 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.6 อายุเฉลี่ย 37.8 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 41.8 ประกอบอาชีพทำไร่ ร้อยละ 71.4 รายได้เฉลี่ย 9,000 บาท (SD= 2,343) อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 27.5 กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในหมู่บ้านมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 62.6 ไม่เคยป่วย ร้อยละ 86.8 มากที่สุด เคยป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ร้อยละ 13.2 ไม่มีการติดมุ้งลวด ร้อยละ 74.7 ความทุกข์ของชุมชนบริเวณที่พักอาศัยพบว่า มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมีขุบบ้างถึงมีมาก ร้อยละ 56.0

ส่วนใหญ่ไม่เคยไปพักค้างแรมนอกที่พักอาศัย ร้อยละ 86.8 ส่วนมากจะไม่ค่อยได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 81.3 แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารมาจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ร้อยละ 65.9

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย

เมื่อนำความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียมาวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเทียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว มาจัดระดับความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 45 คน ร้อยละ 49.4 มากที่สุด รองลงมาคือ มีความรู้สูง และมีความรู้ต่ำ จำนวน 36 และ 10 คน ร้อยละ 39.6 และร้อยละ 11.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา บ้านทัพเทียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับของความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย

ระดับความรู้	จำนวน (N = 91)	ร้อยละ
มีความรู้สูง	36	39.6
มีความรู้ปานกลาง	45	49.4
มีความรู้ต่ำ	10	11.0
รวม	91	100

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่

ในระดับปานกลาง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมา คือ อยู่ในระดับสูง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเทียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (N = 91)	ร้อยละ
พฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับต่ำ	5	5.5
พฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง	59	64.8
พฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูง	27	29.7
รวม	91	100

4. ทศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง

เมื่อนำมาจัดจำแนกระดับทัศนคติความเชื่อของการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรค

มะเร็งเชิงบวก จำนวน 50 คน ร้อยละ 54.9 รองลงมาคือ มีระดับทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งแบบนิ่งเฉย จำนวน 41 คน ร้อยละ 45.1 และกลุ่มตัวอย่างไม่ทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเชิงลบ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของทัศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งของประชากรกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา บ้านทัพเทียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ระดับทัศนคติ	จำนวน (N = 91)	ร้อยละ
ทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเชิงลบ	0	0.0
ทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งแบบนิ่งเฉย	41	45.1
ทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเชิงบวก	50	54.9
รวม	91	100

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งของประชากรกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา บ้านทัพเทียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลต่อการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเทียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเทียม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 91 คน เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งกับการนอนกางมุ้ง โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งพบว่า เพศหญิงมีการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเป็น 0.20 เท่าของเพศชาย (OR = 0.02, 95% CI = 0.07-0.57) อายุ 41 ถึง 60 ปี มีการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเป็น 0.10 เท่าของผู้ที่มีอายุ 18 ถึง 40 ปี (OR = 0.01, 95% CI = 0.03-0.30) กลุ่มตัวอย่างที่มีงานทำมีการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเป็น 0.11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำงานทำ (OR = 0.11, 95% CI = 0.03-0.41) รายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มีการควบคุมป้องกันโรคเป็น 0.13 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มียาได้ (OR = 0.13, 95% CI = 0.04-0.39) และ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมีการควบคุมป้องกัน

โรคมะเร็งเป็น 4.32 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (OR = 4.32, 95% CI = 1.56-11.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง พบว่า อาการสำคัญของโรคมะเร็ง มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกเป็น 0.22 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบผิด (OR = 0.22, 95% CI = 0.06-0.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็น 18.75 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติ (OR = 18.75, 95% CI = 4.04-87.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง พบว่า คิดว่าการควบคุมโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในครอบครัวหรือในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยเป็น 9.27 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วย (OR = 9.27, 95% CI = 2.50-34.34) คิดว่าโรคมะเร็งถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจทำให้เสียชีวิตได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยเป็น 2.72 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วย (OR = 2.72, 95% CI = 1.01-7.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ผลการวิเคราะห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปกับการควบคุมและป้องกัน โรคมาลาเรีย ตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา บ้านทัพเทียม อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ตัวแปร	พฤติกรรมกำบังกำ		OR	95%CI
	(n=91)			
	กำบังกำ (69)	ไม่กำบังกำ(22)		
เพศ				
ชาย	21 (54.7)	15 (45.3)	0.20	0.07-0.57
หญิง	48 (56.2)	17 (43.7)		
อายุ (ปี)				
18-40	10 (3.8)	14 (69.2)	0.10	0.03-0.30
41-60	59 (64.0)	8(36.0)		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมกำบังกำ		OR	95%CI
	(n=91)			
	กำบังกำ (69)	ไม่กำบังกำ(22)		
การได้รับข้อมูลข่าวสาร				
ไม่เคยได้รับ	54 (54.7)	10 (45.3)	4.32	1.56-11.93
เคยได้รับ	15 (56.2)	12 (43.7)		
การปรับปรุงบริเวณรอบๆ ที่พักอาศัย				
ปฏิบัติ	43 (3.8)	5 (69.2)	5.29	1.73-16.16
ไม่ปฏิบัติ	26 (64.0)	16(36.0)		
คิดว่าการควบคุมโรคมาลาเรียเป็นโรคที่ ต้องอาศัยความร่วมมือจากคนใน ครอบครัวและชุมชน				
เห็นด้วย	55 (60.4)	36 (39.6)	13.75	1.67-113.22
ไม่เห็นด้วย	1 (10.0)	9 (90.0)		

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมป้องกัน โรคมาลาเรีย โดยพบว่า ในเพศหญิงมีการควบคุมป้องกัน โรคมาลาเรียมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงจะมีความเอาใจใส่

ในการดูแลตนเองและบุคคลรอบข้างในเรื่องการป้องกันไม่ให้ยุงกัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพร พงศ์ศิริ (2553) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ไข้มาลาเรียของประชาชนในชุมชนพื้นที่ชายแดนไทย – พม่า อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ผลการศึกษาพบว่า ซึ่งเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียเป็น 2.25 เท่าของเพศหญิง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001$) เช่นเดียวกับไพฑูรย์ มุสิกรัตน์ (2554) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p<0.05$)

อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุ 41 ถึง 40 ปี มีการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียเป็น 0.10 เท่าของผู้ที่มีอายุ 18 ถึง 40 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพร พงศ์ศิริ (2553) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรียของประชาชนในชุมชนพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน อายุต่ำกว่า 30 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียเป็น 1.88 เท่าของผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ($95\% = 1.11 - 3.18$) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.018$) เช่นเดียวกับการศึกษาของไพฑูรย์ มุสิกรัตน์ (2554) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p<0.05$)

อาชีพหลัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีงานทำมีการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียเป็น 0.11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำงานทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา ดาสิดิ (2556) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่า บ้านแม่สุริน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มีการควบคุมป้องกันโรคเป็น 0.13 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจตุพร พงศ์ศิริ (2553) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรียของประชาชนในชุมชนพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมาลาเรีย ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียเป็น 2.32 เท่า ของผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.010$)

และการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมีการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียเป็น 4.32 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ัญชลี แนวราช (2550) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียของตำรวจตระเวนชายแดนที่ 34 จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียตำรวจตระเวนชายแดนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา บ้านทัพเข็ญ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียมีความสัมพันธ์กับควบคุมป้องกันโรค ซึ่งมีความสอดคล้องกับสุนีย์ เจ๊ะกะบาชอ (2552) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียของผู้ประกอบอาชีพกรีดยาง อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบอาชีพกรีดยางมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อมาลาเรีย และรับรู้ความรุนแรงของโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ อนุชา ดาสิดิ (2556) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่า บ้านแม่สุริน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่างกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.02 ($r=0.183$) ในขณะที่การศึกษาของัญชลี

แนวราช (2550) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียของตำรวจตระเวนชายแดนที่ 34 จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียของตำรวจตระเวนชายแดนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ด้านปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา บ้านทัพเชิฆม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจตุพร พงศ์ศิริ (2553) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรียของประชาชนในชุมชนพื้นที่ชายแดนไทย – พม่า อำเภอมะเขเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า การสวมเสื้อผ้ปกปิดร่างกายมิดชิดผู้ที่ปฏิบัติบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรีย เป็น 4.53 เท่าของผู้ที่สวมเสื้อผ้ปกปิดร่างกายมิดชิดโดยปฏิบัติทุกครั้ง

ในขณะที่การศึกษาของพัชรา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ (2551) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมสำหรับแรงงานต่างด้าวในเขตชายแดนไทย-พม่า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าว จากผลการศึกษาพบว่าแรงงานต่างด้าวมีแนวทางการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมที่สุด คือ การลดการสัมผัสระหว่างคนและยุงพาหะ และการพ่นสารเคมีชนิดมืฤทธิ์ตกค้างซึ่ง 2 วิธีนี้เป็นการเน้นให้แรงงานต่างด้าวปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย การศึกษาของสิริมนต์ แสนคำวงศ์ (2553) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครมาลาเรียในตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ด้านการเฝ้าระวังโรคของอาสาสมัครมาลาเรียที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การรายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันทีเมื่อประชาชนพบแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ การศึกษาของอัญชลี แนวราช (2550) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

มาลาเรียของตำรวจตระเวนชายแดนที่ 34 จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า ตำรวจตระเวนชายแดนที่ 34 จังหวัดตากพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 68.59 ซึ่งตำรวจตระเวนชายแดนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่ไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ Emmanuel Chanda et al.,2015 ได้ทำการศึกษาในเรื่อง กรอบการดำเนินงานการควบคุมแมลงที่เป็นพาหะของโรคและการวางแผนยุทธวิธีสร้างความเข้มแข็ง : สำหรับแผนงานการกำจัดโรคมาลาเรียในนามิเบีย พบว่า มีการป้องกันโรคมาลาเรียโดยการใช้มุ้งชุบสารเคมี และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง การศึกษาของ Katey D Glunt et al.,2015 ได้ทำการศึกษาในเรื่อง ปัจจัยและความพร้อมของครัวเรือนในการใช้มุ้งชุบสารเคมีในชนบท ประเทศโมซัมบิก พบว่า ความพร้อมของการใช้มุ้งชุบสารเคมีในครัวเรือนอยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลต่อการเกิดโรคมาลาเรีย และปัจจัยที่ทำให้มุ้งชุบสารเคมีลดอายุการใช้งานลง คือ การดูแลรักษาและการซักมุ้ง และการศึกษาของ Lucy S Tusting et al.,2015 ได้ทำการศึกษาในเรื่อง หลักฐานในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อลดโรคมาลาเรีย : การตรวจสอบเป็นระบบและหลังการวิเคราะห์ พบว่า ที่อยู่อาศัยเป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับผลกระทบแสดงให้เห็นว่าที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคมาลาเรีย

ด้านปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา บ้านทัพเชิฆม อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา ตาสิต (2556) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่า บ้านแม่สุริน อำเภอบุณยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเมื่อพิจารณาเป็นภาพรวมพบว่า มีทัศนคติมีระดับทัศนคติระดับหนึ่งและยังพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมี

ส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุม
ไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.00 ($r=0.280$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1) จากผลการศึกษาครั้งนี้ บุคคลกรทาง
สาธารณสุขควรมีการให้บริการเชิงรุก โดยการเข้าถึงพื้นที่
และประชาชน เพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค
มาลาเรีย และให้ความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคที่
ถูกต้องแก่ประชาชนพื้นที่

2) ประชาชนควรมีการตระหนักถึงป้องกันติด
เองจากยุงมากขึ้น เช่น การนอนกางมุ้ง เพราะประชาชน
ส่วนใหญ่มีอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคมาลาเรีย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาถึงผลต่อการดำเนินงาน
ควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย
2) ควรมีการศึกษาถึงผลกระทบของการทากาย
กันยุง
3) ควรมีการศึกษาถึงการเปรียบเทียบของ
ประชาชนที่อยู่ตามแนวชายแดนกับประชาชนที่อยู่ใน
เมือง

เอกสารอ้างอิง

1. กองกัญญาวิทยาทางแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมแมลงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขพิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทไช้ จำกัด , 2536;39
2. คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ. เอกสารการสอนชุดวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2555; 330-339.
3. จตุพร พงศ์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรียของประชาชนในชุมชนพื้นที่ชายแดนไทย – พม่า อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.
4. จุฬารักษ์ ใสตะ. แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, , 2554; 310-315
5. ด่านกุลกรอรัญ ประเทศ. การค้าชายแดนระหว่างไทยและกัมพูชา. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.arancustoms.org/index.php?lay=show&ac=article&Id=422767>, 2553. [10 มิถุนายน 2558]
6. นิรัตน์ อิมามิ. เครื่องมือการวิจัย. ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ หน่วยที่ 9. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2554.
7. พินา เสงี่ยมบุรุษพงศ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมสำหรับแรงงานต่างด้าวในเขตชายแดนไทย-พม่า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2551.
8. พิสุทธิพร จำเริญ. 29 โรคอันตรายอันเป็นผลจากภาวะโลกร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ดันธรรม, 2551;175-191.
9. ไพฑูรย์ นุสกรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, 2554.
10. ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
11. สถาบันพระศึกษา วิทยาเขตสุพรรณบุรี คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.ipesp.ac.th/learning/Poungkaew/chapter1/Unti1_1_3.html, 2558. [11 สิงหาคม 2558]
12. สุณีย์ เชื้อกะบาชอ. พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของผู้ประกอบอาชีพกรีดยาง อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, 2552.
13. สำนักงาน ป้องกัน ควบคุม โรค ที่ 9 จังหวัด พิษณุโลก. มาตราการการควบคุมโรคมาลาเรีย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://dpc9.ddc.moph.go.th/group/insec92/vbdc92/malaria.html>, 2553. [20 กรกฎาคม 2558]
14. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. การป้องกันควบคุมไข้มาลาเรีย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://dpc10.ddc.moph.go.th/km55/malaria/thaiguideinonmalaraltreatment.pdf>, 2556. [24 กรกฎาคม 2558]

- 15.อนุชา ตาลิติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่า บ้านแม่สุรินทร์ อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2556.
- 16.อัญชลี แนวราช. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของตำรวจตระเวนชายแดนที่ 34 จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต , สาขาวิชาสุศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2550.
- 17.Andrew Teo, et al. Malaria preventive therapy in pregnancy and its potential impact on immunity to malaria in an area of declining transmission. **Malaria Journal**. [Online]. Available from : <http://www.malariajournal.com/content/14/1/215>, 2014. [2015, August 7]
- 18.Bloom , Benjamin S. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York : McGraw-Hill , 1971.
- 19.Centers for Disease Control and Prevention. **DPDx - Laboratory Identification of Parasitic Diseases of Public Health Concern**. . [Online]. Available from: <http://www.cdc.gov/dpdx/malaria/gallery.html#pmaltrophs> , 2013. [2015, July 20]
- 20.Daniel, W.W. **Biostatistic: A foundations for analysis in the health sciences**. New York: John Wiley , 1995.
- 21.Emmanuel Chanda, et al. Strengthening tactical planning and operational frameworks for vector control: the roadmap for malaria elimination in Namibia. **Malaria Journal**. [Online]. Available from : <http://www.malariajournal.com/content/14/1/302>, 2015. [2015, August 7]
- 22.Katey D Glunt, et al. 2015. Long-lasting insecticidal nets no longer effectively kill the highly resistant *Anopheles funestus* of southern Mozambique.**Malaria Journal**. [Online]. Available from : <http://www.malariajournal.com/content/14/1/298> , 2015. [2015, August 7]
- 23.Likert.rensis. 1987. From production and Employ centerness to system 1-4. **Journal of Management**.10
- 24.Lucy S Tusting, et al. The evidence for improving housing to reduce malaria: a systematic review and meta-analysis. **Malaria Journal**. [Online]. Available from : <http://www.malariajournal.com/content/14/1/209> , 2015. [2015, August 7]
- 25.Philippe Guyant, et al. Malaria and the mobile and migrant population in Cambodia: a population movement framework to inform strategies for malaria control and elimination. **Malaria Journal**. [Online]. Available from : <http://www.malariajournal.com/content/14/1/252>, 2015. [2015, August 7]
- 26.World Health Organization. **Global Health Observatory (GHO) data malaria**. [Online]. Available from : <http://www.who.int/gho/malaria/en> , 2015. [2015, August 7]

การพัฒนารูปแบบชุมชนรื้อยเอ็ดตลอดนุหรีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

อาภรณ์ ประชุมวรรณ¹ สุภาพร ยมหงษ์²

Arporn Prachumwon¹ Supaporn Yomhong²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ดำเนินโครงการจังหวัดรื้อยเอ็ดตลอดนุหรี 10 ชุมชน จำนวน 974 คน โดยใช้การสุ่มแบบหลายชั้นภูมิ (Multi – Stage Random Sampling) รูปแบบการวิจัยเพื่อการพัฒนา 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาการเสพนุหรีในชุมชน โดยการทำประชาคมและกิจกรรมกลุ่ม 2) การออกแบบกิจกรรมชุมชนรื้อยเอ็ดตลอดนุหรีโดยแกนนำภาคีเครือข่ายในชุมชนและจัดทำเป็นแผนชุมชนตลอดนุหรี 3) การนำรูปแบบกิจกรรมไปปฏิบัติในชุมชนตามแผนที่ชุมชนจัดทำ 4) การประเมินผล โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี การได้รับควันนุหรีมือสองก่อนและหลังดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม และแบบสำรวจข้อมูลชุมชนตลอดนุหรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi square test และสถิติที (Paired – Samples T Test)

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบชุมชนรื้อยเอ็ดตลอดนุหรีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการออกแบบกิจกรรมหลัก ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านวิชาการให้กับแกนนำทุกกลุ่มในชุมชนโดยเครือข่ายจังหวัดและอำเภอ ได้แก่ การถ่ายทอดนโยบาย การอบรมให้ความรู้โทษพิษภัยของนุหรี แนวทางการช่วยเหลือ การส่งต่อ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ติดตามประเมินผลการดำเนินการ ชุมชนดำเนินกิจกรรมตามแผนชุมชน โดยเน้นให้แกนนำทุกกลุ่มมีบทบาทดำเนินการ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ชุมชน จัดทำระบบข้อมูลชุมชนโดยสำรวจผู้เสพยาสูบและการจำหน่ายนุหรีในชุมชน จัดทำแผนกิจกรรมชุมชนตลอดนุหรีตาม 4 ยุทธศาสตร์และดำเนินกิจกรรมตามแผนเน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โทษพิษภัยของนุหรี การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดนุหรี การเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมาย การชักชวนให้เลิกสูบบุหรี การให้คำปรึกษา การส่งต่อเพื่อบำบัดผู้เสพนุหรี และติดตามผลการเลิกนุหรี ผลการประเมิน พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดรื้อยเอ็ดมีพฤติกรรมการสูบบุหรีก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi – square test 101.86 , P-value < 0.05) โดยหลังดำเนินการมีพฤติกรรมการสูบบุหรีทุกวันและบางวันลดลง ส่วนพฤติกรรมไม่สูบบุหรีเพิ่มขึ้น การพยายามเลิกสูบบุหรีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) การได้รับควันนุหรีมือสองในครัวบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi – square test 1082.57 , P-value < 0.05) การได้รับควันนุหรีมือสองในสถานที่สาธารณะในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ชุมชนสามารถออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนตามบริบทของชุมชน จากการพัฒนาเกิดการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของสุขภาพชุมชนซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะเกิดความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ชุมชน, ปลอดนุหรี, การมีส่วนร่วม, จังหวัดรื้อยเอ็ด

Abstract

The study was participatory action research for development of protected and controlled smoking consumption in Roi—Et. The sample were 974 over fifteen years old that Multi – Stage Random Sampling from people in ten community selected. The four procedures in the study consists of 1) The problems of smoking consumption in community were analyzed by communicated in group activities. 2) Activities designed by leader of community were planning for no-smoking area. 3) Plan of activities patterns were practiced in community. 4) Evaluation of the study were compare smoking consumption behavior , smoking cessation, seconded hand smoking received before and after

¹ พย.บ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรื้อยเอ็ด

² วท.ม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรื้อยเอ็ด

the study were explored. The instrument of study were questionnaire and survey information form. Frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi square test and Paired – Samples T Test were used to analyzed in the study.

The study reviewed that patterns of no-smoking community were participatory activities by community. The pattern consists of supported knowledge about policy, danger of smoke, counseling and smoking cessation, proper guidelines for refer smoker and law of protect for non-smoking people to the leader. Evaluation were explored processing of no-smoking patterns by community's leader, analytical of community, information system that consisted of number of smoker, selling tobacco, activity planning of community. The evaluation reviewed that 974 over fifteen years old had significantly different about smoking consumption behaviors before study more than after study (Chi – square test 101.86 , P-value < 0.05). Try to stop smoking after study more than before study by significantly different (P-value < 0.05). Seconded hand smoker received in houses after study less than before study by significantly different (Chi – square test 1082.57 , P-value < 0.05) and Seconded hand smoker in public after study less than before study by significantly different, too (P-value < 0.05). The community could design activity for solving problem by context of participatory and owner of them solve, that caused stable of no-smoking community patterns.

Key word: Developed patterns, community, no-smoking area, participatory, Roi-Et province.

บทนำ

การเสพยาสูบเป็นปัจจัยสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงการเจ็บป่วยและเสียชีวิต อันดับที่ 2 โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญที่มีสาเหตุมาจากการเสพยาสูบ ได้แก่ มะเร็งโรคหัวใจ หลอดเลือดและเส้นเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงถ้ามีพฤติกรรมเสพยาสูบจะทำให้โรครักษายากขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น⁽¹⁾ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพนี้ นำสู่ปัญหาสุขภาพเมื่อเป็นผู้ใหญ่ การแก้ไขปัญหายังยั้งจึงควรเริ่มปลูกฝังพฤติกรรมที่ถูกต้องตั้งแต่วัยเด็ก ทั้งในครอบครัวและชุมชน ปัจจุบันการเสพยาสูรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนนักดื่ม นักสูบบุหรี่ใหม่ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ⁽²⁾ เยาวชนไทยเสพยาสูบใหม่และกลายเป็นผู้ที่ต้องเสพยาสูบเป็นประจำ 100,000 คนต่อปี จากการรายงานการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ในปี 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่จำนวน 11.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.7 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่ระหว่างปี พ.ศ.2557 และ พ.ศ. 2556 พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น โดยเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 39 เป็น 40.5

ส่วนเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 2.1 เป็น 2.2 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง 18.4 เท่า นอกจากนี้ ผลการสำรวจยังสะท้อนให้เห็นว่าอายุของนักสูบบุหรี่ใหม่ลดลง⁽³⁾ อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 18 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 6.58 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 8.25 ในปี 2557 โดยในปี พ.ศ.2557 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ในครั้งแรกเมื่ออายุ 15.6 ปี ซึ่งน้อยกว่าปี พ.ศ.2554 ที่เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 16.2 ปี สถานการณ์การเสพยาสูบของจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า มีอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.29 ในปี 2550 เป็น ร้อยละ 24.11 ในปี 2554 อยู่ในอันดับที่ 54 ของประเทศ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลง แต่เพศหญิง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน อายุ 15 - 18 ปี ลดลงจากร้อยละ 5.96 ในปี 2550 เป็น ร้อยละ 4.61 ในปี 2554 นักสูบบุหรี่ใหม่เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชน⁽⁴⁾ จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 จังหวัดร้อยเอ็ดมีอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 7 และสูงกว่าค่าเป้าหมาย

ของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 18.7 อัตราการบริโภคน้ำสะอาด อายุ 15 ปีขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่มจังหวัดเสี่ยงสูง ส่วนอัตราการบริโภคน้ำสะอาดของเยาวชนจัดอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีความเสี่ยงต่ำ⁽³⁾ จากข้อมูลการบริโภคน้ำสะอาดในจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หรือมือสองและคนวัยหนุ่มสาว รวมถึงการเสียชีวิตจำนวนมากในการรักษาอาการเจ็บป่วย จึงนำสู่การดำเนินการพัฒนารูปแบบชุมชนร้อยเอ็ดปลอดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบอย่างจริงจัง เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการเสพยาสูบ โดยชุมชนออกแบบกิจกรรมตามแนวทางยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติที่มุ่งเน้นการดำเนินงานควบคุมยาสูบใน 4 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพในการควบคุมยาสูบของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็กเยาวชนและนักสูบหน้าใหม่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพยาสูบให้เลิกใช้ยาสูบ และยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ กิจกรรมดำเนินการโดยแกนนำสำคัญทุกกลุ่มในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/รองประธานชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน ประชาชนชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขพระ เยาวชน และประชาชน โดยมีบุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานศึกษาในพื้นที่เป็นเครือข่ายสำคัญ นำไปสู่การแสวงหาความร่วมมือป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยพยายาม

ปรับแนวความคิดการดูแลสุขภาพเชิงรุกและเข้าถึงชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมการเป็นเจ้าภาพสุขภาพของชุมชนเองและบูรณาการงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนตระหนักในการสร้างภูมิคุ้มกัน การปลูกฝังค่านิยม การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาการเสพยาสูบซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ดก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่มือสอง การได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการไม่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลการโฆษณาบุหรี่ในชุมชน ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ดก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายชั้นภูมิ (Multi-Stage Random Sampling) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2558 - 30 กันยายน 2559 การดำเนินกิจกรรมโดยชุมชนออกแบบกิจกรรมตามแนวทางยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติที่มุ่งเน้นการดำเนินงานควบคุมยาสูบใน 4 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การชี้แจงนโยบายเพื่อการเป็นชุมชนปลอดบุหรี่ การวิเคราะห์ชุมชนสำรวจผู้เสพยาสูบ การณรงค์ประชาสัมพันธ์โทษภัยของบุหรี่ การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ การเฝ้าระวัง

การละเมิดกฎหมาย การรับสมัครผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ การส่งต่อเพื่อบำบัดผู้เสพติดบุหรี่ การให้คำปรึกษาและติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ดำเนินโครงการจังหวัดร้อยเอ็ดปลอดบุหรี่ 10 ชุมชน จำนวน 5,481 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ดำเนินโครงการจังหวัดร้อยเอ็ดปลอดบุหรี่ 10 ชุมชน จำนวน 974 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 974 ชุด ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 974 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด การสูบบุหรี่

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	ก่อน (n=974)	หลัง (n=974)
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)
เพศ*		
ชาย	701 (71.97)	695 (71.36)
หญิง	273 (28.03)	279 (28.64)
อายุ**		
15 – 24 ปี	192 (19.71)	190 (19.51)
25 – 34 ปี	135 (13.86)	131 (13.45)
35 – 44 ปี	146 (14.99)	149 (15.30)
45 – 54 ปี	199 (20.43)	204 (20.94)
55 ปีขึ้นไป	302 (31.01)	300 (30.80)

อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินโครงการ 44 ปี (ชาย 43 ปี, หญิง 47 ปี) อายุน้อยที่สุด 15 ปี มากที่สุด 81 ปี

การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ การได้รับวันบุหรี่มือสอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงาน จังหวัดปลอดบุหรี่ โครงการพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ(พศย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มดำเนินงาน ระหว่างเดือน สิงหาคม 2558 และครั้งที่ 2 ดำเนินการหลังสิ้นสุดการดำเนินงาน ระหว่างเดือน กันยายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป spss นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi square test และ Paired – Samples T Test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ < 0.05

จบการศึกษาสูงสุด***

ไม่ได้เรียน	10 (1.03)	9 (0.92)
ต่ำกว่าประถม 4	90 (9.24)	91 (9.34)
ประถมศึกษาตอนต้น	429 (44.05)	430 (44.15)
มัธยมศึกษาตอนต้น	183 (18.79)	182 (18.69)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	143 (14.68)	139 (14.27)
อนุปริญญา/ปวส.	40 (4.11)	44 (4.52)
ปริญญาตรีขึ้นไป	67 (6.88)	67 (6.88)
ไม่ตอบ	12 (1.23)	12 (1.23)

สถานภาพการทำงาน****

ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	46 (4.72)	45 (4.62)
ลูกจ้างเอกชน	117 (12.01)	119 (12.22)
กิจการส่วนตัว	513 (52.67)	513 (52.67)
นักเรียน/นักศึกษา	121 (12.42)	119 (12.22)
แม่บ้าน/ทำงานที่ไม่ได้รับค่าจ้าง	36 (3.70)	36 (3.70)
เกษียณ	16 (1.64)	17 (1.75)
ว่างงาน/ไม่สามารถทำงานได้	67 (6.88)	67 (6.88)
ไม่ตอบ	58 (5.95)	58 (5.95)

รายได้*****

0 – 5,000 บาท/เดือน	315 (47.37)	319 (46.91)
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	233 (35.04)	235 (34.56)
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	68 (10.23)	74 (10.88)
15,001 – 20,000 บาท/เดือน	22 (3.31)	21 (3.09)
20,001 – 30,000 บาท/เดือน	18 (2.71)	19 (2.79)
30,001 บาทขึ้นไป/เดือน	9 (1.35)	12 (1.76)

*Chi – square test 10.85, df 5, P-value > 0.05

**Chi – square test 13.34, df 5, P-value > 0.05

***Chi – square test 15.15, df 4, P-value > 0.05

****Chi – square test 10.52, df 5, P-value > 0.05

*****Chi – square test 20.05, df 2, P-value > 0.05

ผู้ตอบแบบสอบถาม 974 คน พบว่า เพศของกลุ่มตัวอย่างในการสู่มครั้งแรกก่อนดำเนินการไม่แตกต่างกับการสู่มครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการดำเนินการ (Chi – square test 10.85 , P-value > 0.05) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.97 และ 71.36 ในการสู่มก่อนและหลังดำเนินการ ตามลำดับ อายุในการสู่มก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกัน (Chi – square test 13.34, df 5, P-value > 0.05) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.01 และ 30.80 ในการสู่มก่อนและหลังดำเนินการตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุดในการสู่มก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกัน (Chi – square test 15.15, df 4, P-value > 0.05) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 44.05 และ 44.15 ในการสู่มก่อนและหลังดำเนินการตามลำดับ สถานภาพการทำงานในการสู่มก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกัน (Chi – square test 10.52, df 5, P-value > 0.05) ส่วนใหญ่ประกอบกิจการส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 52.67 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 0 – 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 47.37 และ 46.91 ก่อนและหลังดำเนินการตามลำดับ

2.พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การช่วยให้เลิกบุหรี่

ตารางที่ 2 ร้อยละของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การช่วยให้เลิกบุหรี่ ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังดำเนินการ (n=974)

ตัวแปร	ก่อน (n=974)		หลัง (n=974)	
	ชาย (ร้อยละ)	หญิง(ร้อยละ)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)
พฤติกรรมการสูบบุหรี่				
สูบทุกวัน	249(35.52)	2(0.73)	177(25.47)	1(0.36)
สูบบางวัน	141(20.11)	6(2.20)	125(17.99)	5(1.79)
ไม่สูบ	311(44.37)	265(97.07)	393(56.55)	273(97.85)
รวม	701(100)	273(100)	695(100)	279(100)
เฉลี่ยสูบทุกวัน(มวน)	8 มวน/วัน	-	7 มวน/วัน	-
การช่วยให้เลิกบุหรี่				
เคຍพยายมเล็กอย่างน้อย 24 ชั่วโมง	213(54.62)	3(37.50)	189(62.58)	4(50.00)
ไม่เคຍพยายมเล็ก	177(45.38)	5(62.50)	113(37.42)	2(50.00)
รวม	390(100)	8(100)	302(100)	6(100)

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนดำเนินการเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 35.52 และ 0.73 ตามลำดับ สูบบางวันร้อยละ 20.11 และ 2.20 ตามลำดับ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 44.37 และ 97.07 ตามลำดับ ผู้ชายที่สูบบุหรี่ทุกวันสูบเฉลี่ย 8 มวน/วัน น้อยที่สุด 2 มวน/วัน มากที่สุด 20 มวน/วัน ผลจากการช่วยให้เลิกบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เพศชายและเพศหญิงเคຍพยายมเล็กอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ร้อยละ 54.62 และ 37.50 ตามลำดับ ส่วนหลังดำเนินการเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 25.47 และ 0.36 ตามลำดับ สูบบางวันร้อยละ 17.99 และ 1.79

ตามลำดับ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 56.55 และ 97.85 ตามลำดับ ผู้ชายที่สูบบุหรี่ทุกวันสูบเฉลี่ย 7 มวน/วัน น้อยที่สุด 1 มวน/วัน มากที่สุด 20 มวน/วัน

3. เปรียบเทียบการได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการไม่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลการโฆษณาบุหรี่ในชุมชน

ตารางที่ 3 แสดงการได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการไม่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลการโฆษณาบุหรี่ในชุมชนของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจังหวัดร้อยเอ็ด เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ (n = 974)

ตัวแปร	การประเมินผล		Chi- square	df	P-value
	ก่อน	หลัง			
การได้รับข้อมูลข่าวสารโทษ/พิษภัย และการ					
แนะนำให้เลิกบุหรี่ในชุมชน					
-เคย	678(69.61)	936(96.10)	102.57	4	0.00
-ไม่เคย	248(25.46)	26(2.67)			
-เข้าไม่ถึง	48(4.93)	12(1.23)			
การได้รับข้อมูลการโฆษณาบุหรี่ในชุมชน					
(ร้านค้าตั้งวางซองบุหรี่/แสดงราคาหรือยี่ห้อ					
บุหรี่ให้เห็นชัดเจน)					
-เคย	158(16.22)	21(2.16)	127.97	4	0.000
-ไม่เคย	767(78.75)	939(96.41)			
-เข้าไม่ถึง/ไม่ไป	49(5.03)	14(1.44)			

จากตารางที่ 3 พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารโทษ/พิษภัย และการแนะนำให้เลิกบุหรี่ในชุมชนของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดร้อยเอ็ดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi – square test 102.57 , P-value < 0.05) โดยหลังดำเนินโครงการมีการได้รับข้อมูลข่าวสารโทษ/พิษภัย และการแนะนำให้เลิกบุหรี่ในชุมชนเพิ่มขึ้น ส่วนการได้รับข้อมูลการโฆษณาบุหรี่ในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi – square test 127.97, P-value < 0.05) โดย มีร้านค้าตั้งวางซองบุหรี่/แสดงราคาหรือยี่ห้อบุหรี่ให้เห็นชัดเจนลดลงจากก่อนดำเนินโครงการ สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ ที่ดำเนินการในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนพบว่าความสัมพันธ์ที่กระหว่างสมาชิก การปรับค่านิยม จิตสำนึกสาธารณะ ทำให้ผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนลดลง⁽⁵⁾ การสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายแสดงออกพลังสร้างสรรค์ทำให้แกนนำมีทักษะเป็นแกนนำด้านการควบคุมยาสูบดีขึ้น⁽⁶⁾

4. เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่

ตารางที่ 4 แสดงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจังหวัดร้อยเอ็ด เปรียบเทียบก่อนและหลัง ดำเนินการ (n = 974)

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรู้	3.66	1.16	4.27	0.66	-17.01	973	0.000
ทัศนคติ	3.52	0.78	3.54	0.63	-4.49	973	0.000

จากตารางที่ 4 พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดร้อยเอ็ดมีความรู้และทัศนคติที่ต้องเกี่ยวกับบุหรี่ก่อน และหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.00) โดยหลังดำเนินโครงการประชาชนมีความรู้และมีทัศนคติที่ต้องเกี่ยวกับบุหรี่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจำนง แก้วนาวิ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า การป้องกันการสูบบุหรี่ในชุมชนสิ่งสำคัญคือการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ผ่านสื่อชุมชนและในสถานศึกษาทั้งการจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ ข่าวสารโทษพิษภัยบุหรี่ กิจกรรมผ่านเวทีประชุมผู้นำชุมชน การรณรงค์ผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำในชุมชน การสร้างการเรียนรู้และมีส่วนร่วมทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติที่ต้องเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ การสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายแสดงออกพลังสร้างสรรค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโทษพิษภัยบุหรี่ มีทักษะเป็นแกนนำด้านการควบคุมยาสูบดีขึ้น⁽⁶⁾

5. เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่มือสอง

ตารางที่ 5 แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดร้อยเอ็ด เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการ (n = 974)

ตัวแปร	การประเมินผล		Chi- square	df	P-value
	ก่อน	หลัง			
พฤติกรรมการสูบบุหรี่					
-สูบบุหรี่ทุกวัน	251(25.77)	178(18.28)			
-สูบบุหรี่บางวัน	147(15.09)	130(13.35)			
-ไม่สูบบุหรี่	576(59.14)	666(68.38)	101.86	3	0.000
การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่(n=308)					
-เคยพยายามเลิกอย่างน้อย 24 ชั่วโมง	165(53.57)	192(62.34)			
-ไม่เคย	143(46.43)	116(37.66)	-	-	0.000
การได้รับควันบุหรี่มือสอง					
มีการสูบบุหรี่ในบ้าน					

-ทุกวัน	225(23.10)	7(0.72)			
-อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	149(15.30)	44(4.52)			
-อย่างน้อยเดือนละครั้ง	29(2.98)	22(2.26)			
-ไม่ทุกเดือน	31(3.18)	35(3.59)			
-ไม่เคยมีการสูบบุหรี่ในครัวเรือน	475(48.77)	849(87.17)			
-ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	65(6.77)	17(1.75)	1082.57	25	0.000
การพบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะในชุมชน					
อาคารของสถานที่ราชการ					
-พบ	160(16.43)	51(5.24)			
-ไม่พบ	646(66.32)	903(92.71)			
-เข้าไม่ถึง/ไม่ไป	168(17.25)	20(2.05)	171.76	4	0.000
โรงเรียน					
-พบ	198(20.33)	68(6.98)			
-ไม่พบ	646(66.33)	847(86.96)			
-เข้าไม่ถึง/ไม่ไป	130(13.35)	59(6.06)	541.96	4	0.000
สถานบริการสาธารณสุข					
-พบ	99(10.16)	40(4.11)			
-ไม่พบ	737(75.67)	890(91.38)			
-เข้าไม่ถึง/ไม่ไป	138(14.17)	44(4.52)	453.72	4	0.000
วัด					
-พบ	270(27.72)	103(10.57)			
-ไม่พบ	595(61.09)	801(82.23)			
-เข้าไม่ถึง/ไม่ไป	109(11.19)	70(7.19)	367.98	6	0.000

จากตารางที่ 5 พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของ จังหวัดร้อยเอ็ดมีพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่แตกต่างจาก สูบทุกวันและสูบบางวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square test 101.86 , P-value < 0.05) โดย ห ลัง ดำ เนิน โครงการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวันและบางวันลดลง ส่วนพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มีการพยายามเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนิน โครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <

0.05) การได้รับควันบุหรี่มือสอง พบว่า ไม่เคยมีการสูบบุหรี่ในครัวเรือนแตกต่างจากมีการสูบบุหรี่ในครัวเรือน ทุกวัน อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง อย่างน้อยเดือนละครั้ง และไม่ทุกเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square test 1082.57 , P-value < 0.05) โดย ห ลัง ดำ เนิน โครงการไม่เคยมีการสูบบุหรี่ในครัวเรือนเพิ่มขึ้น และการสูบบุหรี่ในครัวเรือนทุกวัน อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง อย่างน้อยเดือนละครั้ง ลดลงจากก่อนดำเนินโครงการ การพบเห็น

การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะในชุมชน พบว่า ไม่พบการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะในชุมชน ได้แก่ อาคารของสถานที่ราชการ โรงเรียน สถานบริการสาธารณสุข และวัดแตกต่างจากการพบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi – square test 171.76, 541.96, 453.72 และ 367.98 ตามลำดับ, P-value < 0.05) โดยหลังดำเนินโครงการพบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะในชุมชนลดลงจากก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบชุมชนปลอดบุหรี่โดยการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของจำนง แก้วนาวิ และคณะ⁽⁷⁾ ที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนจะเกิดความร่วมมือในการจัดการเขตสูบบุหรี่ซึ่งส่งผลต่อการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชนลดลง ส่วนการรณรงค์และเพิ่มมาตรการ นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมายจะช่วยลดการสูบบุหรี่ในชุมชนรวมทั้งการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่⁽⁸⁾ การมีส่วนร่วมของกลุ่มอ้างอิงเข้ามามีบทบาทในกิจกรรม ความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดทำให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ได้⁽⁹⁾ การติดตามช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดช่วยให้การเลิกบุหรี่มีประสิทธิภาพซึ่งควรมุ่งเน้นบทบาทของครอบครัวและเครือข่ายสังคมในการป้องกันและส่งเสริมการเลิกบุหรี่^(10,11) การพัฒนารูปแบบเครือข่ายช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือกัน⁽¹²⁾

6. รูปแบบชุมชนรื้อยเอ็ดปลอดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบชุมชนรื้อยเอ็ดปลอดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการออกแบบกิจกรรมหลักประกอบด้วย เครือข่ายจังหวัดและอำเภอสนับสนุนด้านวิชาการให้กับแกนนำทุกกลุ่มในชุมชน ได้แก่ การ

ถ่ายทอดนโยบายชุมชนปลอดบุหรี่ การอบรมให้ความรู้แนวทางการช่วยเหลือ การส่งต่อ รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ติดตามประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินการชุมชนดำเนินกิจกรรมตามแผนของชุมชนโดยเน้นให้แกนนำทุกกลุ่มมีบทบาทในกิจกรรม ประกอบด้วย การวิเคราะห์ชุมชน จัดทำระบบข้อมูลชุมชนโดยสำรวจผู้เสพยาสูบและการจำหน่ายบุหรี่ในชุมชน จัดทำแผน/ดำเนินกิจกรรมชุมชนปลอดบุหรี่ตาม 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์โทษพิษภัยบุหรี่ป้องกันผู้เสพยาสูบใหม่ การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ เพื่าระวังการละเมิดกฎหมาย ช่วยผู้เสพยาให้เลิกใช้ยาสูบโดยการชักชวนให้เลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษา การส่งต่อเพื่อบำบัดผู้เสพยาติดยา และติดตามผลการเลิกบุหรี่ ผลการประเมินรูปแบบ พบว่า หลังดำเนินการประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่เพิ่มขึ้น การได้รับข้อมูลข่าวสารโทษ/พิษภัยและการแนะนำให้เลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น ร้านค้าให้ความร่วมมือในการจัดวางซองบุหรี่/แสดงราคา มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงโดยที่การสูบบุหรี่ทุกวันและบางวันลดลง การพยายามเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การได้รับควันบุหรี่มือสองในตัวบ้านและสถานที่สาธารณะในชุมชนลดลง ชุมชนมีส่วนร่วมออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการดำเนินการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ซึ่งจากการพัฒนารูปแบบชุมชนรื้อยเอ็ดปลอดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ถึงแม้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลง รวมถึงความหนักของพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะลดลงจากสูบทุกวันเป็นสูบบางวัน หรือจำนวนมวน

บุหรืลดลง แต่อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดร้อยเอ็ด (ร้อยละ 31.62)ยังสูงกว่าเกณฑ์ระดับประเทศ (ร้อยละ 18.7)

2.ควรมีการขยายรูปแบบชุมชนร้อยเอ็ดปลอดบุหรืโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสู่ชุมชนอื่นในการสร้างความตระหนักในเรื่องพิษภัยของปัจจัยเสี่ยงยาสูบอย่างจริงจัง เพราะจากความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบชุมชนร้อยเอ็ดปลอดบุหรืโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

พบว่ามีความตื่นตัวในเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรืในสถานที่สาธารณะลดปัญหาการได้รับควันบุหรืมือสองลงอย่างชัดเจน

3.สถานศึกษาควรดำเนิน โครงการสถานศึกษาปลอดยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ได้มาตรฐาน สร้างแกนนำเยาวชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเข้าถึงและความยั่งยืนของการแก้ไขปัญหาทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณประชาชนในพื้นที่ดำเนินโครงการจังหวัดร้อยเอ็ดปลอดบุหรื 10 ชุมชน ทุกท่าน ประกอบด้วย ชุมชน 3/1 และ 3/2 และโรงเรียนบ้านหนองแวง ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย หมู่ 8 และ 9 และโรงเรียนบ้านดงหวาย ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ หมู่ 8 และ 9 และโรงเรียนไตรมิตรวิทยา ตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน หมู่ 8 และ 9 และโรงเรียนบ้านดงเมืองจอก ตำบลบ้านคู้ อำเภออาจสามารถ ชุมชนวัดบึงพระลานชัยและชุมชนท่านคร และโรงเรียนบ้านหนองหญ้าขาว ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ในการให้ความร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยิ่ง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ข้อมูลบุหรืกับสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัท จีรทนต์กราฟิค จำกัด กรุงเทพมหานคร, 2559.
- 2.Report of the Surgeon General 1994, note2, p. 195.
- 3.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เฮอร์นัลส์ จำกัด กรุงเทพมหานคร, 2557.
- 4.สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร, 2559.
- 5.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาสูบให้กัับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนบทของจังหวัดพิจิตรด้วยชุมชนปฏิบัติการด้านการ เรียนรู้. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 9(1): 2558.
- 6.ผ่องศรี ศรีมรดก, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ และศรีดา เกษรศรี. การประเมินผลโปรแกรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเสริมสร้างความตระหนักต่อพิษภัยบุหรืในเยาวชนไทย. วารสารพยาบาล. 62(1): 1 – 11, 2556.
- 7.จันทน์ แก้วนาวิ และคณะ. การพัฒนารูปแบบชุมชนปลอดบุหรือำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี: การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาล. 63(1): 6 – 14, 2557.
- 8.พรทิพย์ บุตรด้วง และสมเดช พินิจสุนทร. การศึกษารูปแบบการสูบบุหรี่และจำนวนผู้สูบบุหรี่มือสองของประชาชนจังหวัดอุดรธานี. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 4(2): 199 – 210, 2559.
- 9.มัลลิกา มาตระกูล, สรินธร กลัมพากร และอาภาพร เผ่าวัฒนา. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มานานเองในจังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาล. 61(1): 10 – 20, 2555.
- 10.สุนิดา ปรีชาวงษ์ และคณะ. การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา. วารสารสุขภาพ. 37,128: 2557.

- 11.ปรีชา อุปโยคิน และคณะ. รูปแบบการควบคุมทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่าย ชุมชนกับระบบการบริการสุขภาพของรัฐระดับชุมชน. **MFU CONNEXION: JOURNAL OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES.** 3(2) : 46 – 68, 2557.
- 12.เดือนทิพย์ เข้มโอกาส และพิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ. ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อ ครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.** 26(2): 81 – 93, 2558.

คำแนะนำในการส่งรายงานการวิจัยฉบับย่อ

รายงานวิจัย ประมาณ 10 -15 หน้า ประกอบไปด้วย

1. ชื่อเรื่อง (ไทย – อังกฤษ) ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 pt. (ตัวหนา)
2. ชื่อนักวิจัย (ไทย – อังกฤษ) พร้อมเชิงอรรถบอกที่อยู่หรือตำแหน่ง เช่นรองศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือนายแพทย์ ประจำโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นต้น ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 pt. (ตัวหนา)
3. บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน ร้อยละ 5 ของเนื้อหาเรื่อง ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 14 pt. หัวข้อให้จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ (ตัวหนา)
4. คำสำคัญภาษาไทย ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 14 pt. หัวข้อให้จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ (ตัวหนา) ระยะห่างระหว่างประโยค (2 เคาะ)
5. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน ร้อยละ 5 ของเนื้อหาเรื่อง Angsana New ขนาด 14 pt. หัวข้อให้จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ (ตัวหนา) ระยะห่างระหว่างประโยค (1 เคาะ)
6. คำสำคัญภาษาอังกฤษ
7. ส่วนเนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผล วิจาร์ณ และ กิตติกรรมประกาศ
 - 7.1 บทนำ ประกอบด้วย
 - 1) ความสำคัญของปัญหา/ประเด็น
 - 2) การตรวจเอกสาร
 - 7.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (หากวัตถุประสงค์มีมากกว่า 1 ข้อ สามารถตั้งเป็นหัวข้อหลักได้)
 - 7.3 วิธีการศึกษา บรรยายสรุปวิธีการวิจัยเป็นขั้นตอนที่เหมาะสม
 - 7.4 ผลการศึกษา บรรยายสรุปผลการวิจัยอย่างกระชับหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับข้อความในตารางหรือรูปประกอบ
 - 7.5 สรุปและอภิปรายผล ไม่ควรซ้ำซ้อนกับการแสดงผลแต่เป็นการสรุปให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ควรประกอบไปด้วยหลักการที่ออกมาจากการวิจัย เปรียบเทียบกับผลการวิจัยและตีความหมายของผู้อื่น ปัญหา หรือข้อโต้แย้งในสาระสำคัญ ลงท้ายด้วยข้อเสนอแนะจากการวิจัย และการวิจัยในอนาคต ตลอดจนแนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์
 - 7.6 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) สำหรับผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัย แต่ไม่ใช่ผู้ร่วมวิจัย
 - 7.7 การจัดรูปแบบในส่วนของเนื้อหา

7.7.1 ใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ให้แบ่งเป็น 2 คอลัมน์ โดยให้ระยะห่างระหว่างคอลัมน์เท่ากับ 1 เซนติเมตร จัดข้อความให้ชิดขอบทั้งหน้า และหลังของหน้ากระดาษ ภาษาไทย (2 เคาး) ภาษาอังกฤษ (1 เคาะ)

7.7.2 หัวข้อหลัก ระยะห่างจากบทคัดย่อ 12 pt. (ตัวหนา) อยู่ชิดด้านซ้ายของหน้ากระดาษ หัวข้อรอง (ตัวหนา) ย่อหน้าแรกตั้งค่าย่อหน้า เท่ากับ 1 เซนติเมตร ย่อหน้าถัดไปย่อหน้าละ 0.5 เซนติเมตร กำหนดระยะห่างระหว่างบรรทัดหนึ่งเท่า

7.7.3 ตาราง ใช้ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย โดยใช้ Table หรือ ตาราง โดยหัวตารางห่างจากตัวตาราง 6 pt. ท้ายตารางห่างจากตัวอักษร 6 pt. เส้นของตาราง กำหนดให้ ใช้เส้นขอบบนใช้เส้นคู่ เส้นขอบล่าง และเส้นขอบระหว่างหัวข้อ และเนื้อหา ใช้เส้นเส้นเดียว เส้นขอบระหว่างเนื้อหา เส้นขอบด้านซ้าย และด้านขวาของตาราง ไม่ต้องมีเส้น

7.7.4 รูปประกอบ ใช้ pic หรือ ภาพประกอบ อยู่ตำแหน่งท้ายของรูปประกอบ ห่างจากรูป 6 pt.

8. เอกสารอ้างอิง ให้ใช้รูปแบบดังต่อไปนี้

8.1 อ้างอิงในส่วนเนื้อหาให้อ้างแบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างถึงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่องนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

8.2 อ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt. คอลัมน์เดียว หัวข้อใช้ตัวหนา จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ เนื้อหาอ้างอิงให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ โดยเรียงลำดับตามตัวอักษร

8.2.1 การอ้างอิงจากหนังสือ กรณี ชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) ชื่อเรื่อง (ตัวหนา). (4 เคาะ) ครั้งที่พิมพ์. (4 เคาะ) สำนักพิมพ์ (2 เคาะ) สถานที่พิมพ์ (2 เคาะ) จังหวัดที่พิมพ์, (4 เคาะ) ปีที่พิมพ์.

8.2.2 การอ้างอิงจากวารสาร กรณี ชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) “ชื่อเรื่อง”. (4 เคาะ) ชื่อวารสาร. (ตัวหนา)(4 เคาะ) ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่) (1 เคาะ) : (2 เคาะ)หน้า, (4 เคาะ)พ.ศ. ที่พิมพ์.

8.2.3 การอ้างอิงจากเว็บไซต์ กรณี ชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) ชื่อเรื่อง (ตัวหนา). (2 เคาะ) URL (2 เคาะ) <http://.....>(4 เคาะ) สืบค้นเมื่อ(ว/ด/ป).

9. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่านำกระดาษ เท่ากับ 2.5 ซม. ทุกด้านของหน้ากระดาษ