



วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน 2565
Volume 15 No.1 January - April 2022

ISSN 1906-2605

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้เป็นปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ยังคงอยู่ในช่วงการระบาดของโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ถึงจะเป็นขาลงแต่สถานการณ์ยังคงต้องเฝ้าระวัง การเข้าถึงวัคซีน การปฏิบัติตัวตามมาตรการด้านสาธารณสุข เพื่อพร้อมการเปิดประเทศ กระตุ้นเศรษฐกิจ แต่วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ยังคงนำเสนอเรื่องราว องค์ความรู้ ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า

ในขณะที่ประเทศกำลังมุ่งความสนใจไปยังการเร่งฉีดวัคซีนโควิด ก็ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ขอขอบคุณการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่ช่วยให้วารสารได้มีคุณภาพน่าเชื่อถือ และได้รับการยอมรับเสมอมา

พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลการเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร.....	1
สิระ นุชา	
ความชุกและปัจจัยทำางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ในเกษตรกร กลุ่มเย็บผ้า.....	17
วิภา ชูปาว, นิรุวรรณ เทริน โบล, วิลาวัณย์ ชาดา, กาญจนา แซ่อึ้ง, ช่วงชัย ชูปาว	
สัดส่วนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความถี่ของการติดต่อสั่งคอมพิวเตอร์ออนไลน์ในนักศึกษา ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น.....	28
วิศรา เรืองทวี, พรชัย โนนจ้อย	
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น...	43
ประไพจิตร ชุมแวงวาปี	
ความรู้และเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร.....	59
โกวิท สีหาคม, วิภาวรรณ สีหาคม	
ผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	73
นวลดี เทศศรีเมือง	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	86
จารุเพ็ญ ภูจอมจิตร, คาริวรรณ เศรษฐีธรรม	
ความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภครอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการใน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	101
กริช เรืองไชย, อภิญญา อุตรระชัย	
ปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก.....	116
รุ่งราวรรณ เจริญไธสง, ฉิมชาภัทร พุฒิกามิน	
ความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด.....	129
ณัฐดา อยู่ท่า	
ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ โรคเบาหวาน ด้วยหลักการ 6 building blocks จังหวัดศรีสะเกษ.....	142
วนิดา สมภูงา, มะลิ สุปัดดี	
การพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคมในทัศนสถานบำบัด พิเศษแห่งหนึ่ง.....	156
เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์, ระพีพัฒน์ อารายภูร์, วิโรจน์ แต่งด้วง	
นโยบายและความพร้อมของการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และ สุรินทร์.....	169
กิตติ เหลาสุภาพ, ลักษณ์ย์ บุญขาว, อรุณ บุญสร้าง, จีราพร ทิพย์พิลา, นิตยา ชากำรุณ, สุภาณี จันทร์ศิริ, สิทธิชัย ใจงาน	



สารบัญ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่ม ผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ปี 2563.....	181
จिरภา วิลาวรรณ, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, ธิดิรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์, ยูวดี บุญเนา, พัทรินทร์ บุญเสริม	
ประสิทธิผลการใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารกำลังคนในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564.....	196
มัธยัสต์ เหล่าสุรสุนทร, สุกัญญา มีสมบัติ, ศิราพรรณ บัวแย้ม, จิราพร นาคี	
การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์.....	212
ทิพาพร ราชไกร, ณัฐรัชย์ จันทชุม, ทิพาพร สุจารี	
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลปลอดภัย จังหวัดสงขลา.....	226
วิไลวรรณ สาครินทร์	
การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก จังหวัดหนองบัวลำภู.....	241
สะไกร กั้นกางกุล	
ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6.....	257
ดาวรุ่ง เขาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภา มหารัษฎพงศ์	
การพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ.....	273
วนิดา สมภูงา, พุทธิไกร ประมวล	
การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง.....	288
กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, นิตร์ชัย ขวัญแก้ว, พุทธิพงษ์ บุญชู	
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์.....	304
อัจฉรีย์ สีหา, วรณภา ศักดิ์ศิริ	
การศึกษาคความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient) ของประชาชนไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	318
ประภาศรี ปัญญาวิรัชชัย, กวมย์ กาญจนจิราจตุร	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย.....	334
ประกริต รัชวัตร์, นัยนา ภูลม	
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด ในหอทารกป่วย วิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	350
กรรณิการ์ อุดรพิมพ์, รัตติกาล คัมภีร์วัฒน์	



ประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร
Effectiveness of Pharmacist Home Care on Medication Adherence and Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Tao Ngoi District, Sakon Nakhon Province

Received: October 30, 2021

Revised: December 30, 2021

Accepted: January 03, 2022

สิระ บูชา¹

Sira Boochoa¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 ราย และกลุ่มทดลอง 33 ราย เครื่องมือวิจัยได้แก่ ให้ความรู้ เรื่อง โรคและการใช้ยา ปรับทัศนคติต่อการใช้ยา ปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน การฝึก ปฏิบัติแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่พบในชีวิตประจำวันและกลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 10 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher-exact test, Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.001$ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.004$

สรุปว่าการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกร, ความร่วมมือในการใช้ยา, น้ำตาลสะสมในเลือด, เบาหวานชนิดที่ 2

¹โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร



Abstract

This Quasi-Experimental Study aimed to assess the effects of Pharmacist Home Care (PHC) on medication adherence and glycemetic control (HbA1c) in the Type 2 Diabetes Mellitus patients at Tao Ngoi District, Sakon Nakhon Province. The 68 participants were assigned into control group (n=35) and intervention group (n=33). Both group were received standard care at hospital. The intervention group was received PHC at week 1 and 10. PHC consist of educating about disease and drugs using, modify patient's attitude about diabetic drugs, simplify and matching the drug regimen to patient's activities of daily life, practice solving drug problems encountered in daily life. Data were collected at start and end of study. Data were analyzed and compared by Chi-square, Fisher-exact test, Dependent t-test and Independent t-test.

The results showed that after study, the mean of medication adherence score in intervention group was significantly higher than control group ($p < 0.001$) and HbA1c level was significantly lower than control group ($p = 0.004$). Conclusion, PHC can improve on medication adherence and HbA1c level in Type 2 Diabetes Mellitus patient.

Keyword: Pharmacist Home Care, Medication Adherence, HbA1c, Type 2 Diabetes Mellitus

¹Tao Ngoi Hospital, Sakon Nakhon Province

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก ในปี พ.ศ. 2561 International Diabetes Federation⁽¹⁾ รายงานว่า พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 463 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนเบาหวาน ประมาณ 4 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น 700 ล้านคน ข้อมูลของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ 4.28 ล้านคน ความชุกร้อยละ 8.3 โดยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มจากปี พ.ศ. 2556 จำนวน 1.06 ล้านคน ผู้ป่วยร้อยละ 95 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 40,918 คน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณปีละ 17,900 บาทต่อราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพของประเทศ

การรักษาโรคเบาหวานประกอบด้วย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีเป้าหมาย คือ การควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7⁽²⁾ เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและ



ความพิการ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของจอประสาทตา ไต และเส้นประสาท⁽²⁾ ข้อมูลการควบคุมระดับ HbA1c ปี พ.ศ. 2561 ของประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 36.30⁽³⁾ โรงพยาบาลต่างอย จังหวัดสกลนคร พบว่าในปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 38.22, 26.80 และ 19.15⁽⁴⁾ ตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยส่วนมากยังควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน สำหรับการรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการใช้นั้นมีความจำเป็นกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมระดับ HbA1c โดยขาดระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละชนิดมีประสิทธิภาพในการลดระดับ HbA1c ได้ร้อยละ 0.5 - 2⁽²⁾ แต่ทั้งนี้ยังขึ้นกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย

ความร่วมมือในการใช้ยา คือ ระดับพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องการใช้ยาได้สอดคล้องตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์⁽⁵⁾ ข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบหลายปัญหา เช่น หยุคใช้ยาเอง ลืมใช้ยา เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง⁽⁵⁻⁸⁾ ผลของการที่ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้แล้ว ยังก่อให้เกิดภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามมาด้วย⁽⁵⁾

องค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ ได้ระบุปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาไว้หลายปัจจัย เช่น เศรษฐสังคม ความรู้ และความเชื่อของผู้ป่วย แบบแผนการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ และในการจัดการเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา อาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกันโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

กระบวนการเยี่ยมบ้านเป็นอีกหนึ่งรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้บุคลากรการแพทย์มองเห็นสภาพที่แท้จริง วิถีชีวิต และปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดการปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ตรงประเด็น⁽⁹⁾ และสำหรับเภสัชกรนั้นนับเป็นบุคลากรการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการบริหารเภสัชกรรมรูปแบบเชิงรุกโดยการออกเยี่ยมบ้าน สามารถลดปัญหาเกี่ยวกับยา ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และทำให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น⁽⁶⁻⁸⁾ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานโดยเภสัชกร เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรต่อการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Study) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการศึกษา ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลา 20 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่างอย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีการใช้ยาลดน้ำตาลอย่างน้อย 1 รายการ และมีผลตรวจระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 8 ในช่วงเวลาไม่เกิน 3 เดือนก่อนทำการศึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4⁽¹⁰⁾ กำหนดให้ขนาดอิทธิพลกลุ่ม (Effect size) ขนาดใหญ่เท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (Two - tailed test) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย และเพื่อการสูญเสียของตัวอย่างเนื่องจากการออกจากการวิจัยหรือติดตามไม่ได้อีกร้อยละ 30 ดังนั้นจะได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 38 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 ทำการจับฉลากเลือกตำบลเพื่อเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากนั้นจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาของแต่ละตำบล ขั้นตอนที่ 2 จับฉลากรายชื่อผู้ป่วยจากขั้นตอนที่ 1 จนได้จำนวนตัวอย่างจากตำบลที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 38 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามและแบบประเมิน

1.1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีคำถามเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และการประเมินขนาดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยตัวผู้ป่วยเอง จัดระดับความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานจากการศึกษาของรสมาลิน ชาบรกรรม และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง⁽¹¹⁾

1.3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาลดน้ำตาล เป็นแบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการจำ ความเข้าใจ ในเรื่องค่าเป้าหมายการควบคุม HbA1c วิธีการใช้ยาลดน้ำตาล ข้อปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา ข้อปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ

1.4 แบบประเมินทัศนคติต่อการใช้ยาลดน้ำตาล เป็นแบบสอบถามความรู้สึก และความเชื่อของผู้ป่วยในด้านการใช้ยาตามแพทย์สั่ง การลืมใช้ยา การปรับขนาดยาเอง ผลเสียและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา



2. กิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของ WHO⁽⁵⁾ ซึ่งมีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ 1. เศรษฐสังคม 2. ระบบบริการของสถานพยาบาล 3. วิธีการรักษาโรค 4. ภาวะความรุนแรงของโรค และ 5. ตัวผู้ป่วย และประยุกต์แนวทางแก้ไขปัญหาคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามหลักของ American College of Preventive Medicine (ACPM)⁽¹²⁾ สำหรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรม คือ อุปกรณ์ และบทสนทนาต่างๆ ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 10 ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง โดยกิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

1. สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมในการทำกิจกรรม
2. สนทนาและสอบถาม เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา และตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับ HbA1c
3. การให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา ปรับความเชื่อ ทศนคติต่อการใช้ยา โดยใช้สื่อแผ่นภาพประกอบแสดงให้เห็นความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน ได้แก่ ภาพผู้ป่วยพิการจากการตัดเท้าเนื่องจากเกิดแผลเรื้อรัง ภาพผู้ป่วยฟอกไตทางหน้าท้อง ภาพผู้ป่วยตาบอดจากเบาหวาน และภาพผู้ป่วยถูกบีบหัวใจเนื่องจากหัวใจขาดเลือด
4. ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนเวลาใช้ยา ปรับลดจำนวนครั้งที่ต้องใช้ลง ตามหลักวิชาการของตัวยาและหลักการใช้อย่างสมเหตุผล⁽¹³⁾ โดยไม่เปลี่ยนแปลงขนาดยาที่ผู้สั่งใช้กำหนดมา เพื่อให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยเภสัชกรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมเสนอความคิดในการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาตามที่ต้องการ จากนั้นเภสัชกรจัดเตรียมยาที่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีใช้แล้วเป็นตัวอย่าง และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตาม
5. ฝึกวิเคราะห์และฝึกปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาในสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจพบได้ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การใช้ยาทดแทนเมื่อลืมใช้ยาในช่วงเวลาต่างๆ การปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา การนำยาติดตัวไปด้วยเมื่อต้องออกจากบ้านหรือเดินทางไกล ข้อปฏิบัติเมื่อไม่สามารถไปรับยาได้ตามนัด พร้อมส่งมอบเอกสารคู่มือการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวน
6. สรุปและทบทวนร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่พบจากการประเมิน



กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 10)

1. กิจกรรมทบทวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ ทักษะคิด เป้าหมายความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุม โรคเบาหวาน และวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในสถานการณ์ต่างๆ

2. นัดหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมาทำการตรวจ HbA1c ในระยะสิ้นสุดการศึกษา (สัปดาห์ที่ 20)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาลดน้ำตาลโดยวิธีการของ Kuder – Richardson จากสูตร KR – 20 ได้เท่ากับ 0.71 ส่วนแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมินทักษะคิดต่อการใช้ยา หากความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้เท่ากับ 0.76 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเมื่อเริ่มต้นการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา (สัปดาห์ที่ 20) ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่อง โรคและการใช้ยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อเริ่มต้นการศึกษาและเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ด้วยวิธีการสอบถามเป็นรายบุคคล ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

2. ข้อมูลค่า HbA1c เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อเริ่มต้นการศึกษาจากข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี (ไม่เกิน 3 เดือนก่อนทำการศึกษา) ส่วนระยะสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยทำการนัดหมาย ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มาตรวจ HbA1c ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. ใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลตัวแปรกลุ่ม และใช้สถิติ Dependent t-test และ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลตัวแปรต่อเนื่อง กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลต่างอย จังหวัดสกลนคร เลขที่ TNGH-EC 2019 – 004 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2562 – 16 เมษายน 2563



ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 76 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้ป่วยกลุ่มควบคุมออกจากการศึกษา จำนวน 3 ราย และผู้ป่วยกลุ่มทดลองออกจากการศึกษา จำนวน 5 ราย เนื่องจากไม่สามารถติดตามระดับ HbA1c ได้ เหลือจำนวนผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการศึกษา (สัปดาห์ที่ 20) จำนวน 68 ราย จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม 35 ราย และกลุ่มทดลอง 33 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานก่อนทำการศึกษา พบว่า

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.60 อายุเฉลี่ย 52 ปี ($SD=8.15$) สถานภาพสมรสร้อยละ 94.30 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.10 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 88.60 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าร้อยละ 28.60 ไม่เคยออกกำลังกาย และร้อยละ 25.70 ไม่ควบคุมการบริโภคอาหาร

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลการป่วยโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีระดับ HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 9.79 ($SD=1.53$) ต่ำสุดร้อยละ 8.08 และสูงสุดร้อยละ 15.32 กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 9.82 ($SD=1.51$) ต่ำสุดร้อยละ 8.06 และสูงสุดร้อยละ 13.30 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระยะเวลาป่วยเบาหวานเฉลี่ย 9.06 ปี ($SD=6.79$) และ 9.55 ปี ($SD=8.01$) ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาป่วยเบาหวานต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 20 ปี และร้อยละ 88.60 มีโรคร่วม โดยโรคร่วมที่พบมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ ไ้ไข่ม้วนในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเสื่อมระยะที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนยาที่ใช้รักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการศึกษา

	แบบแผนยาที่ใช้รักษา	ควบคุม	ทดลอง	p-value
		n=35	n=33	
		n (%)	n (%)	
รูปแบบยาลดน้ำตาล	ยารับประทานเท่านั้น	30 (85.70)	27 (81.80)	0.633 ^c
	ยาฉีดอินซูลิน+ยารับประทาน	5 (14.30)	6 (18.20)	
ชื่อยาลดน้ำตาล	Metformin HCl	33 (94.30)	31 (93.90)	1.000 ^F
	Glipizide	30 (85.70)	27 (81.80)	0.663 ^c
	Pioglitazone	16 (45.70)	18 (54.50)	0.467 ^c
	Insulin	5 (14.30)	6 (18.20)	0.749 ^c
รายการยาทั้งหมด	ค่าเฉลี่ยจำนวนรายการยาทั้งหมด ($\bar{X} \pm SD$)	4.51 \pm 1.20	5.27 \pm 1.53	0.025 ¹
(ยาลดน้ำตาล และ	ต่ำสุด - สูงสุด	2 - 8	2 - 9	



	แบบแผนยาที่ใช้รักษา	ควบคุม	ทดลอง	p-value
		n=35	n=33	
		n (%)	n (%)	
ยารักษาโรคร่วม)	ค่าเฉลี่ยจำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่ใช้/วัน ($\bar{X}\pm SD$)	9.46 \pm 3.42	9.80 \pm 3.55	0.684 ^I
	ต่ำสุด - สูงสุด	3 - 18	4 - 18.50	
รายการยาลดน้ำตาล	ค่าเฉลี่ยจำนวนรายการยาลดน้ำตาล ($\bar{X}\pm SD$)	2.14 \pm 0.65	2.30 \pm 0.77	0.356 ^I
	ต่ำสุด - สูงสุด	1 - 3	1 - 4	
	ค่าเฉลี่ยจำนวนเม็ดยาลดน้ำตาลที่ใช้/วัน ($\bar{X}\pm SD$)	6.34 \pm 3.20	6.47 \pm 3.40	0.875 ^I
	ต่ำสุด - สูงสุด	2 - 10.50	2 - 12	
	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งยาลดน้ำตาลที่ใช้/วัน ($\bar{X}\pm SD$)	2.31 \pm 0.53	2.30 \pm 0.47	0.926 ^I
	ต่ำสุด - สูงสุด	2 - 3	2 - 3	
อาการไม่พึงประสงค์	ภาวะน้ำตาลต่ำ	15 (42.90)	12 (36.40)	0.584 ^C
จากยา	จุดเสียด/แน่นท้อง	8 (22.90)	5 (15.20)	0.419 ^C
	แสบท้อง	3 (8.60)	1 (3.00)	0.614 ^F
ใช้ยาอื่นๆ นอกเหนือ	ไม่ได้ใช้	34 (97.10)	30 (93.90)	0.608 ^F
จากแพทย์สั่ง	ใช้	1 (2.90)	3 (6.10)	

C = Chi-square test, F = Fisher's exact test, I = Independent t- test

การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนยาที่ใช้รักษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนรายการยาทั้งหมดที่ใช้ (ยาลดน้ำตาลและยารักษาโรคร่วม) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.025) โดยมีจำนวนเฉลี่ย 5.27 รายการ (SD=1.53) และ 4.51 รายการ (SD=1.20) ตามลำดับ ส่วนข้อมูลด้านอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และ HbA1c ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการศึกษา (ตารางที่ 2) พบว่าหลังการศึกษาในกลุ่มควบคุมมีเพียงคะแนนทักษะคิดต่อการใช้ยาเท่านั้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) โดยคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มจาก 3.67 คะแนน (SD= 1.72) เป็น 5.90 คะแนน (SD=1.23) ส่วนระดับ HbA1c โดยเฉลี่ยลดลงจากร้อยละ 9.82 (SD=1.51) เป็น 8.36 (SD=2.07)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะคิด ความร่วมมือในการใช้ยา และ HbA1c ภายใต้วงควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการศึกษา

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม n = 35				กลุ่มทดลอง n = 33			
	ก่อน	หลัง	Mean. Diff.	p-value	ก่อน	หลัง	Mean. Diff.	p-value
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	(95%CI)		$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	(95%CI)	
ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา	4.51±1.20	4.71±1.20	-0.20 (-0.49 - 0.09)	0.165	4.94±1.12	6.45±0.91	-1.52 (-1.88,-1.15)	<0.001
ทัศนคติต่อการใช้ยา	25.09±5.24	26.46±4.46	-1.37 (-2.05,-0.70)	<0.001	24.55±4.69	30.15±3.45	-5.61 (-7.07,-4.14)	<0.001
ความร่วมมือในการใช้ยา	3.94±1.82	4.19±1.04	-0.24 (-0.59 - 0.11)	0.166	3.67±1.72	5.90±1.23	-2.23 (-2.97,-1.50)	<0.001
HbA1c %	9.79±1.53	9.87±2.10	-0.08 (-0.97 - 0.82)	0.858	9.82±1.51	8.36±2.07	1.45 (0.72 - 2.20)	<0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะคิด ความร่วมมือในการใช้ยา และ HbA1c ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการศึกษา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา				หลังการศึกษา			
	ควบคุม	ทดลอง	Mean Diff.	p-value	ควบคุม	ทดลอง	Mean Diff.	p-value
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	(95%CI)		$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	(95%CI)	
ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา	4.51±1.20	4.94±1.12	-0.43 (-0.99, 0.14)	0.135	4.71±1.20	6.45±0.91	-1.74 (-2.26, -1.22)	<0.001
ทัศนคติต่อการใช้ยา	25.09±5.24	24.55±4.69	0.54 (-1.87 - 2.95)	0.656	26.46±4.46	30.15±3.45	-3.69 (-5.60, -1.76)	<0.001
ความร่วมมือในการใช้ยา	3.94±1.82	3.67±1.72	0.28 (-0.58 - 1.13)	0.523	4.19±1.04	5.90±1.23	-1.72 (-2.27, -1.17)	<0.001
HbA1c %	9.79±1.53	9.82±1.51	-0.03 (-0.77, 0.71)	0.936	9.87±2.10	8.36±2.07	1.50 (0.50 - 2.51)	0.004

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และ HbA1c ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา (ตารางที่ 3) พบว่าข้อมูลก่อนการศึกษาของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (p-value >0.05) แต่หลังการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร มีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา คะแนนทัศนคติต่อการใช้ยา คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) และ



มีระดับ HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.004$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.72 คะแนน (95% CI = 1.17 - 2.27) และระดับ HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ยร้อยละ 1.50 (95% CI = 0.50 - 2.51)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคำตอบรายข้อจากแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการศึกษา

คำถามประเมินความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	ควบคุม	ทดลอง	p-value	ควบคุม	ทดลอง	p-value
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
1. ในสัปดาห์ที่ผ่านมามีบางครั้งที่ท่านลืมกินยา/ฉีดยา	31 (88.88)	28 (84.85)	0.730	27 (77.14)	12 (36.36)	0.001
2. ในสัปดาห์ที่ผ่านมามีบางวันที่ท่านลืมกินยา/ฉีดยา	18 (51.43)	19 (57.58)	0.611	19 (54.29)	6 (18.18)	0.002
3. ท่านเคยใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	12 (34.29)	15 (45.45)	0.347	14 (40.00)	6 (18.18)	0.048
4. ท่านเคยรู้สึกจดจำวิธีใช้ยาไม่ได้	20 (57.14)	18 (54.55)	0.829	21 (60.00)	10 (30.30)	0.014
5. เมื่อวานนี้ท่านกินยา/ฉีดยาได้ครบ	21 (60.00)	18 (54.55)	0.649	20 (57.14)	28 (84.85)	0.012
6. ท่านเคยหยุดใช้ยาเองด้วยสาเหตุใดๆ	14 (40.00)	13 (39.39)	0.959	13 (37.14)	8 (24.24)	0.250
7. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับการกินยา/ฉีดยาตามที่แพทย์สั่ง	27 (77.14)	24 (72.73)	0.647	23 (65.71)	11 (33.33)	0.008
8. โดยรวมแล้วในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยาได้ครบตามที่แพทย์สั่ง						
8.1 มากที่สุด	8 (22.86)	7 (21.21)	0.870	8 (22.86)	15 (45.45)	0.007
8.2 มาก	7 (20.00)	5 (15.15)	0.600	7 (20.00)	11 (33.33)	0.213
8.3 ปานกลาง	14 (40.00)	15 (45.45)	0.649	16 (45.17)	5 (12.50)	0.006
8.4 น้อย	6 (17.14)	6 (18.18)	0.911	4 (11.43)	2 (6.06)	0.675 ^F
8.5 น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)		0 (0.00)	0 (0.00)	

ทดสอบด้วย Chi-square-test, F = Fisher's exact test

การเปรียบเทียบคำตอบรายข้อจากแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (ตารางที่ 4) พบว่าก่อนการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม มีสัดส่วนการตอบคำถามแต่ละข้อไม่แตกต่างกัน แต่หลังการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนการตอบคำถามที่แสดงให้เห็นว่ามีการลืมใช้ยา ปรับลดขนาดยาเอง ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการกินยา ฉีดยาตามที่แพทย์สั่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) สามารถจดจำวิธีการใช้ยาและมีการใช้ยาได้ครบตามแพทย์สั่งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$)



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการศึกษา

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	ควบคุม	ทดลอง	p-value	ควบคุม	ทดลอง	p-value
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
ต่ำ (< 6 คะแนน)	28 (80.00)	28 (84.80)	0.600 ^C	30 (85.70)	14 (42.40)	<0.001 ^F
ปานกลาง (6 – 7.75 คะแนน)	7 (20.00)	5 (15.20)		5 (14.30)	15 (45.50)	
สูง (8 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)		0 (0.00)	4 (12.10)	

C = Chi-square test, F = Fisher's exact test

เมื่อเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการใช้ยา (ตารางที่ 5) พบว่าก่อนการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีสัดส่วนผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ไม่แตกต่างกัน โดยมากกว่าร้อยละ 80 จัดอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงและระดับปานกลางมากกว่า ส่วนระดับต่ำมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การเยี่ยมชมบ้านโดยเภสัชกรช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและช่วยทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาลดน้ำตาล หลังดำเนินการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) เนื่องจากกิจกรรมให้ความรู้ในการศึกษานี้ประกอบไปด้วยการให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีควบคู่ไปกับภาคปฏิบัติ และการทวนสอบความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงได้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการให้ความรู้เรื่องวิธีการใช้ยาก่อนอาหารและวิธีปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา ซึ่งจากข้อมูลของการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ 80 ที่ต้องใช้อาหารก่อนอาหาร ดังนั้นจึงมีโอกาที่ผู้ป่วยจะลืมใช้ยาก่อนอาหารและไม่มีการใช้ยาทดแทน ผู้วิจัยจึงได้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าหากลืมใช้ยาก่อนอาหาร สามารถนำมาใช้หลังอาหารเป็นการทดแทนได้ ตัวอย่างเช่น ยา glipizide ที่กำหนดให้รับประทานก่อนอาหาร 30 นาที แต่จากข้อมูลการศึกษาพบว่ารับประทานหลังอาหารนั้น ยายังถูกดูดซึมและกระตุ้นการหลั่งอินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดได้⁽¹⁴⁾ สำหรับภาคปฏิบัตินั้น ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกการจัดเตรียมยาที่ต้องใช้ในแต่ละครั้ง การฝึกแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่อาจพบในชีวิตประจำวัน เช่น ฝึกการใช้ยาทดแทนเมื่อลืมใช้ยาในบางมือของวัน เช่น หากลืมใช้ยามื้อเช้า อาจนำมาใช้ทดแทนในมือกลางวันได้ กิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติดังกล่าว ช่วยทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภวัชร ชัยมัน (15) และชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (16) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความ



ร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ อิงคณิ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาในการรับประทานยาช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

2. ทศนคติต่อการใช้ยาลดน้ำตาล หลังดำเนินการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) เนื่องจากผู้วิจัยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการกินยามากๆ จะทำให้ไตวาย ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคไตที่เป็นผลจากการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง จนทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ผู้วิจัยยังได้ใช้สื่อรูปภาพ เช่น ภาพผู้ป่วยที่ถูกตัดเท้า ผู้ป่วยฟอกไตผ่านหน้าห้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องต่อการใช้ยาจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ WHO⁽⁵⁾ และการศึกษาของภวัตรชัยมัน⁽¹⁵⁾ และชัชฎาภรณ์ กมขุนทด⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับผลการเปรียบเทียบทัศนคติต่อการใช้ยา ก่อนและหลังการศึกษาในกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการศึกษาผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) แต่ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เปลี่ยนแปลง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปรับทัศนคติต่อการใช้ยาจากการเข้ารับบริการตามปกติที่โรงพยาบาล แต่การจัดการให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะช่วยทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ WHO⁽⁵⁾ ที่เสนอว่าการจัดการปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน

3. ความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลังดำเนินการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) เนื่องจากกระบวนการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในการศึกษานี้ มีความชัดเจนในแนวทางการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามแนวทางของ WHO⁽⁵⁾ ทำให้มีความครอบคลุมในการรับรู้ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา และเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาหลากหลายวิธีร่วมกันตามวิธีการที่ ACPM⁽¹²⁾ ได้เสนอไว้ เพื่อให้เหมาะกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และยังใช้หลัก blame free ตามที่ ACPM⁽¹²⁾ แนะนำ กล่าวคือ ผู้วิจัยมุ่งทำกิจกรรมโดยไร้การตำหนิผู้ป่วย และพยายามสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยตลอดการดำเนินการ อีกหนึ่งกิจกรรมที่สำคัญ คือ การปรับวิธีการใช้ยาใหม่ ซึ่งจากการลงเยี่ยมบ้านทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การประกอบอาชีพ ช่วงเวลาที่รับประทานอาหารและยา ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกบ้านทุกวันและอาจกลับมาไม่ตรงเวลาที่ควรใช้ยา ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการปรับเปลี่ยนเวลาและปรับลดจำนวนครั้งการใช้ยา เพื่อให้เกิดความสะดวกและเข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น ปรับลดความถี่การใช้ยา Metformin ที่ถูกกำหนดให้ใช้วันละ 3 ครั้ง โดยปรับลดลงเหลือวันละ 2 ครั้ง โดยที่ขนาดยาต่อวันยังเท่าเดิมและเป็นไปตามข้อมูลความปลอดภัยของตัวยา และจากผลการประเมิน



ความร่วมมือในการใช้ยาหลังการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการลืมใช้ยาลดลง และใช้ยาได้ครบตามแพทย์สั่งเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับคำแนะนำของ ACPM⁽¹²⁾ ที่เสนอว่า การปรับวิธีใช้ยาให้สะดวกขึ้น และลดจำนวนครั้งการใช้ยาให้น้อยลง เป็นการลดความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา และช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และสอดคล้องกับการศึกษาของนรินทรา นูตาดี และกฤษณี สระมณี⁽⁷⁾ ที่ศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีม พบว่าช่วยทำให้ปัญหาลืมรับประทานยาลดลงร้อยละ 81.10 ส่วนข้อมูลจากแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่พบว่าทั้งผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังมีพฤติกรรมหยุดใช้ยาเองที่ไม่เปลี่ยนแปลง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองพบว่าผู้ป่วยบางรายยังมีการไม่ฟังประสงค์จากยาเรื่องการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ และยังไม่รู้สึกกังวลในเรื่องนี้ จึงหยุดใช้ยาเป็นบางครั้ง

สำหรับข้อมูลจำนวนรายการยาทั้งหมดที่ใช้ (ยาลดน้ำตาลและยารักษาโรคร่วม) ก่อนการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนรายการยาทั้งหมดที่ใช้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.025) แต่จากการศึกษาของซัชฎาภรณ์ กมขุนทด⁽¹⁶⁾ และสิริมาศ วงศ์ใหญ่ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าจำนวนรายการยาทั้งหมดที่ใช้ (ยาลดน้ำตาลและยารักษาโรคร่วม) ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นตัวแปรดังกล่าวจึงไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในการศึกษานี้

4. การควบคุมระดับ HbA1c ผลการควบคุมระดับ HbA1c หลังดำเนินการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการควบคุมระดับ HbA1c ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.004$) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการต่างๆ ของกิจกรรมเยี่ยมบ้านดังกล่าวข้างต้น ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของรสมาลิน ชาบรรทม และพรรณทิพา สักดิ์ทอง⁽¹¹⁾ และการศึกษา Al-Qazaz และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ HbA1c ได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ต้นปีชาติ⁽⁶⁾ นรินทรา นูตาดี และกฤษณี สระมณี⁽⁷⁾ และอุไรลักษณ์ เทพวัลย์ และคณะ⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาผลของการปรับเภสัชกรรมด้วยการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพบว่าช่วยทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

กิจกรรมการเยี่ยมบ้านนั้นนอกจากจะช่วยทำให้บุคลากรการแพทย์ได้มองเห็นปัญหาที่แท้จริงตามบริบทของผู้ป่วยแล้ว การเยี่ยมบ้านยังช่วยแก้ปัญหาอุปสรรคด้านข้อจำกัดของระยะเวลาในการให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยาที่พบในระบบบริการปกติของโรงพยาบาล การศึกษาของสิริมาศ วงศ์ใหญ่ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าความจำกัดของเวลาทำให้เจ้าหน้าที่ที่ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาและทบทวนการให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดความร่วมมือในการใช้ยา



สำหรับการเยี่ยมบ้านในการศึกษานี้ เกสซ์กรลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวนรายละเอียด 2 ครั้ง ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁶⁻⁸⁾ ที่มีการลงเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง แต่ด้านระยะเวลาในการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งพบว่าใกล้เคียงกัน คือ ประมาณครั้งละ 45 ถึง 60 นาที โดยการศึกษานี้เน้นกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นหลัก ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค เช่น การส่งเสริมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เกสซ์กรจะให้คำแนะนำในภาพรวมและไม่ลงลึกในรายละเอียด เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวผู้ป่วยจะได้รับจากบริการตามปกติที่โรงพยาบาล จึงทำให้เกสซ์กรมีเวลาเพียงพอสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น ทำให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับ HbA1c ได้ดีขึ้นเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาระดับ HbA1c ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษา พบว่ามีค่าลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 1.45 เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาของ UK Prospective Diabetes Study Group 35⁽²⁰⁾ ที่พบว่าทุกๆ ร้อยละ 1 ของ HbA1c ที่ลดลง จะช่วยลดอัตราการตายจากโรคเบาหวานได้ร้อยละ 21 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 14 และลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนทางตา ไต และเส้นประสาท ได้ร้อยละ 37 แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานโดยเกสซ์กรเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิผลและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการวิจัย แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาเป็นแบบวัดพฤติกรรมที่ต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยเป็นหลัก (subjective data) ผู้ป่วยบางรายอาจให้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง ผู้วิจัยอาจปรับปรุงแก้ไขโดยการชี้แจงอาสาสมัครในเรื่องการปกปิดและรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย และการไม่ตำหนิผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรจัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคอื่นๆ ที่มีปัญหาการควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากช่วยให้เข้าถึงปัญหาซึ่งเป็นบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และนำไปวางแผนจัดการที่ตรงประเด็น
2. ควรกำหนดให้การฝึกทักษะการแก้ปัญหาการใช้ยาที่พบในชีวิตประจำวัน เป็นมาตรฐานด้านการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. ผู้ส่งยาควรประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือวิธีการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนางานวิจัยอำเภอต่างอยที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะงานวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลต่างอย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



เอกสารและสิ่งอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas[Internet]. 9th ed. Brussels, Belgium; 2019 [cited 2019 Sep 12]. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยและคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี. ร่มเย็น มีเดีย; 2560.
3. เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์การเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ โรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmht.thaimedresnet.org/index.html>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดสกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://snk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2019&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3.
5. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action [Internet]. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2003 [cited 2019 Sep 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.
6. ศิริรัตน์ ต้นปิจาดี. 2553. ประสิทธิภาพของเภสัชกรเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553. doi: 10.14457/CU.the.2010.1275.
7. นรินทรา นูตาคี, กฤษณี สระมุณี. การประเมินผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีม เพื่อจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. ว. เภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2562];8:206–16. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/169723>.
8. อุไรลักษณ์ เทพวัลย์, สัมมนา มูลสาร, จิรัฐดา โอสรรัมย์, ก้องเกียรติ สำอางศรี, พุทธางกูร ใจเป็น และเอกราช เข็นวิจิตร โสภา. 2551. ผลของการบริหารเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวาน. ว. เภสัชกรรมโรงพยาบาล;18(1):39-51.
9. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ. สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
10. ชวิชัย วรพงศธร, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2562];41(2):11–21. เข้าถึงได้จาก: <https://e-journal.snru.ac.th/topics/732/>.



11. รสมาลิน ชาบรกรรม, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. ผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ว. เกษัชกรรมโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2562];19(1):17–27. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihp.org/download.php?option=showfile&file=92>.
12. American College of Preventive Medicine. Medication adherence - Improving health outcomes [Internet]. [cited 2019 Sep 19]. Available from: <http://acpm.site-ym.com/resource/resmgr/timetools-files/adherenceclinicalreference.pdf>
13. พิสนธิ์ จงตระกูล. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. วัฒนาการพิมพ์; 2557.
14. Mustafa K, Levent O. Bioavailability file: Glipizide. FABAD Journal of Pharmaceutical Sciences [Internet]. 2006[cited 2019 Sep 19];(31):151–61. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232053377_Bioavailability_file_Glipizide
15. กวีคร ชัยมัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
16. ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
17. นงกัลกษณ์ อิงคณิ, ศศิมา กุสุมา ณ อุษยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ว. พยาบาลศาสตร์. 2554;29(2):56–64.
18. สิริมาส วงศ์ใหญ่, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, พรรณวดี พุชวัฒน์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน.
19. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2562];30(2): 80–90. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/29285>.
19. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemc control among patients with type 2 diabetes. Int J Clin Pharm. 2011;33(6):1028–35. doi: 10.1007/s11096-011-9582-2.
20. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405–12. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>.



ความชุกและปัจจัยท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูก และกล้ามเนื้อ ในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า

PREVALENCE AND WORK POSTURE FACTORS IN RELATION TO MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG SEWING FARMERS

Received: September 28, 2021

Revised: December 19, 2021

Accepted: January 03, 2022

วิภา ชุปปาวา¹, นิรุวรรณ เทิร์นโบล², วิลาวรรณ ชาดา³, กาญจนา แซ่อึ้ง¹, ช่างชัย ชุปปาวา⁴
Wipa Chuppawa¹, Niruwan Tumbull², Wilawun Chada³, Kamjana Sae-Ung¹, Chuangchai Chooppawa⁴

บทคัดย่อ

การเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยก่อให้เกิดผลกระทบกับแรงงานทั้งในด้านสุขภาพ ความสามารถในการทำงานและส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความชุกและท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า ตำบลโพนงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 292 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Standardized Nordic Questionnaire และแบบประเมินความเสี่ยงการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อของกรมควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยแบบทวินาม

ผลการศึกษา พบว่า ความชุกการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา ร้อยละ 87.30 ตำแหน่งที่มีความผิดปกติมากที่สุด ได้แก่ น่อง หัวเข่า หลังส่วนล่าง และไหล่ ร้อยละ 55.50, 53.10, 52.00 และ 51.00 ตามลำดับ และ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 94.20 ตำแหน่งที่มีความผิดปกติมากที่สุด ได้แก่ น่อง หัวเข่า หลังส่วนล่าง และไหล่ ร้อยละ 57.50, 54.50, 53.80 และ 52.40 ตามลำดับ สำหรับท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ลักษณะงานที่ต้องมีการเพ่งและจ้องเป็นอย่างมากเป็นเวลา 3-5 นาที นั่งทำงานเป็นเวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน โดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถ และ ลักษณะงานที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานตลอดเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรหาแนวทางในการป้องกันและควบคุม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของแรงงานต่อไป

คำสำคัญ: การเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ, เกษตรกร, เย็บผ้า

¹ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

⁴ คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี



Abstract

Musculoskeletal Disorders (MSDs) increase a worker's risk of injury including the incidence of illness, which impacts on occupational health, ability to work and economic. This cross-sectional study aimed to determine the prevalence and working posture in relation to MSDs among sewing farmers in Kalasin Province, Thailand. Total of 292 sewing farmers were employed as the participants using the questionnaire which was modified from the Standardized Nordic and the musculoskeletal disorders questionnaire of the Department of Disease Control. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple binary logistic regression.

The results revealed that the prevalence of MSDs during the past 7 days were 87.30 percent and most frequently showed on leg, knee, lower back, and shoulder were 55.50, 53.10, 52.00 and 51.00 percent respectively. The past 12 months were 94.20 percent and most frequently showed on leg, knee, lower back, and shoulder were 57.50, 54.50, 53.80 and 52.40 percent respectively. Working postures significantly affected to MSDs were the work that must be focused and take more attention 3-5 minutes, sitting at work for more than half of the working time without changing the position and the work that needs constantly bent while working all the time. (p -value < 0.05) Therefore, the authorities in the community should be setting up an effective guideline for prevention, including the training program to enhance of reducing the risk of MSDs as well as supporting the quality of life for the workers.

Keywords: Musculoskeletal Disorders, Farmers, Sewing

¹Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University

²Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

⁴Faculty of Engineering and Industrial Technology, Phetchaburi Rajabhat University



บทนำ

การเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาทางเวชปฏิบัติที่พบบ่อยประมาณ 3 ใน 4 ของประชากรโลก หากในอนาคตจำนวนผู้ป่วยยังไม่ลดลง อาจทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียเศรษฐกิจหลายพันล้านเหรียญสหรัฐในแง่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁻²⁾ ในประเทศไทย จากการรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2561 พบผู้ป่วยมีการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราป่วย 121.93, 135.26, 167.22 และ 189.37 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ มีความสัมพันธ์กับอาชีพและลักษณะงานที่ทำ จะพบมากในแรงงานที่ใช้กำลังและต้องออกแรงมาก มีการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก มีท่าทางการทำงาน อิริยาบถ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ฝืนธรรมชาติ หรือลักษณะงานที่มีการก้มเงย การยืนหรือนั่ง การออกแรงบิดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ตลอดระยะเวลาการทำงาน รวมไปถึงการใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ใช้งาน⁽⁴⁾

จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นจังหวัดที่ผลิตผ้าฝ้ายที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้นชื่อของจังหวัดด้วยการตัดเย็บที่ต้องอาศัยความประณีตและความชำนาญเป็นพิเศษ ประชาชนมีอาชีพเกี่ยวกับการตัดเย็บที่หลากหลายซึ่งเป็นอาชีพที่สำคัญอาชีพหนึ่งที่มีลักษณะทั้งรวมกลุ่มกันทำภายในครัวเรือน โดยชาวบ้านในชุมชนที่มีจุดประสงค์เดียวกันที่ต้องการหารายได้เสริมจากอาชีพหลักของตนเองคือ เกษตรกร ทำไร่ ทำสวน⁽⁶⁾ ซึ่งอาจมีสภาพแวดล้อมและท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม จึงอาจก่อให้เกิดการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อได้⁽⁷⁾ หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหอย่างถูกต้อง อาจก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น⁽⁸⁾

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญดังกล่าวในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า เขตพื้นที่ตำบลโพนงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โอกาสสัมผัสกับความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงาน แรงงานมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคม⁽⁹⁾ ดังนั้น ผลของการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนส่งเสริมสุขภาพและหาแนวทางควบคุมป้องกันการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า เขตพื้นที่ตำบลโพนงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า เขตพื้นที่ตำบลโพนงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการสัมภาษณ์เกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า เขตพื้นที่ตำบลโพนงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า คือ เขตพื้นที่ตำบลโพนงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 292 คน จากทั้งหมด 13 หมู่บ้าน คัดเลือกตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า ไม่จำกัดอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง 2) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ 3) ไม่มีพยาธิสภาพของโรกระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ เกษตรกรกลุ่มเย็บผ้าที่มีพยาธิสภาพของโรกระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เช่น เก้าอี้ข้อเสื่อม หรือข้อต่อกระดูกอักเสบ เป็นต้น และไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล 2) ข้อมูลด้านการทำงาน 3) ข้อมูลด้านท่าทางในการทำงาน 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อประยุกต์จากแบบสอบถามมาตรฐานนอร์ดิก (Standardized Nordic Questionnaire)⁽¹⁰⁾ และแบบประเมินการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อของกรมควบคุมโรค⁽¹¹⁾

สำหรับความรุนแรงความผิดปกติโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ กำหนดความรุนแรง 4 ระดับ ได้แก่

0 หมายถึง ไม่มีอาการ

1 หมายถึง มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วหาย

2 หมายถึง มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วไม่หาย

3 หมายถึง มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วไม่หาย ไม่สามารถทำงานได้

ซึ่งผู้ถูกประเมินมีความผิดปกติตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีอาการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item - Objective Congruence; IOC) ตั้งแต่ 0.69 – 1.00 ทดลองใช้เครื่องมือในเกษตรกรกลุ่ม



เย็บผ้า ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 35 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในส่วนของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการทำงาน ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน เพื่อหาปัจจัยท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ Binary logistic regression

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามเงื่อนไขการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รับรองการพิจารณาจริยธรรมวันที่ 3 เมษายน 2563 เลขที่ KLS.REC 043

ผลการวิจัย

เกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.1 มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.50 - 22.99) ร้อยละ 72.6 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.2 มีรายได้เฉลี่ยจากการเย็บผ้าต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 88.0 ลักษณะการผลิตชิ้นงานส่วนใหญ่เป็นแบบถักเย็บด้วยเครื่องจักร ร้อยละ 73.3 และมีการผลิตชิ้นงาน 50 – 100 ชิ้นต่อวัน ร้อยละ 29.5

ความชุกการเกิดการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานเย็บผ้า ในช่วง 7 วัน และ 12 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า ความชุกการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมาร้อยละ 87.3 และตำแหน่งที่มีความผิดปกติมากที่สุด 4 อันดับแรก ได้แก่ บริเวณน่อง จำนวน 162 ราย ร้อยละ 55.50 คิดเป็นความชุก 554 รายต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อ 1,000 ราย บริเวณหัวเข่า 155 ราย ร้อยละ 53.10 คิดเป็นความชุก 530 รายต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อ 1,000 ราย บริเวณหลังส่วนล่าง 152 ราย ร้อยละ 52.00 คิดเป็นความชุก 520 รายต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อ 1,000 ราย และบริเวณไหล่ 149 ราย ร้อยละ 51.00 คิดเป็นความชุก 510 รายต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อ 1,000 ราย ตามลำดับ

ในขณะที่ความชุกการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมาร้อยละ 94.2 และตำแหน่งที่มีความผิดปกติมากที่สุด 4 อันดับแรก ได้แก่ บริเวณน่อง จำนวน 168 ราย ร้อยละ 57.50 คิดเป็นความชุก 575 รายต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อ 1,000 ราย บริเวณหัวเข่า 159 ราย ร้อยละ 54.50 คิดเป็นความชุก 544 รายต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูก



กล้ามเนื้อ 1,000 ราย บริเวณหลังส่วนล่าง 157 ราย ร้อยละ 53.80 คิดเป็นความชุก 537 รายต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อ 1,000 ราย และบริเวณไหล่ 153 ราย ร้อยละ 52.40 คิดเป็นความชุก 523 รายต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกกล้ามเนื้อ 1,000 ราย ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกการเกิดการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (n=292)

ตำแหน่งของร่างกาย	การเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ			
	7 วันที่ผ่านมา		12 เดือนที่ผ่านมา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คอ	93	31.8	99	33.9
ไหล่****	149	51.0	153	52.4
ข้อศอก	17	5.8	19	6.5
มือ/ข้อมือ	26	8.9	27	9.2
แขนส่วนบน	101	34.5	107	36.6
แขนส่วนล่าง	60	20.5	63	21.5
หลังส่วนบน	74	25.3	81	27.7
หลังส่วนล่าง***	152	52.0	157	53.8
สะโพก/ต้นขา/ก้น	14	4.8	16	5.5
หัวเข่า**	155	53.1	159	54.5
น่อง*	162	55.5	168	57.5
ข้อเท้า/เท้า	30	10.3	34	11.6
รวมทุกตำแหน่ง	254	87.3	275	94.2

*ตำแหน่งที่ผิดปกติอันดับ 1 **ตำแหน่งที่ผิดปกติอันดับ 2 ***ตำแหน่งที่ผิดปกติอันดับ 3 ****ตำแหน่งที่ผิดปกติอันดับ 4

ปัจจัยท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ในเกษตรกรกลุ่มเข็บบัว คือ ลักษณะงานที่ต้องมีการเพ่ง จดจ่อกับงานเป็นเวลานาน นั่งทำงานเป็นเวลายาวนานกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน โดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถ และลักษณะงานที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานเสมอ มีผลต่อการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value เท่ากับ 0.048, 0.007 และ 0.031 และ Adjusted OR เท่ากับ 6.23, 16.59 และ 9.43 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

\



ตารางที่ 2 ปัจจัยท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (n=292)

ท่าทางในการทำงาน	COR	AOR	p-value	95% CI	
				AOR	
				LL	UL
งานต้องมีการเพ่ง จดจ่อกับงานเป็นเวลานาน					
ไม่ใช้	1				
ใช้	0.10	6.23	0.048	7.03	12.24
นั่งทำงานเป็นเวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน โดย					
ไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถ					
ไม่ใช้	1				
ใช้	1.01	16.59	0.007	12.17	32.85
ลักษณะงานที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานเสมอ					
ไม่ใช้	1				
ใช้	1.97	9.43	0.031	10.23	37.19

สรุปผลการวิจัย

เกษตรกรกลุ่มเย็บผ้าในการศึกษารุ่นนี้เกือบทุกคนเป็นเพศหญิง มีอาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพหลัก มีรายได้เฉลี่ยจากการเย็บผ้าต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท และลักษณะการผลิตชิ้นงานส่วนใหญ่เป็นแบบถักเย็บด้วยเครื่องจักร ความชุกของความผิดปกติของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 87.3 และ 94.2 ตามลำดับ โดยตำแหน่งที่มีความผิดปกติมากที่สุด ได้แก่ น่อง หัวเข่า หลังส่วนล่าง และไหล่ ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องมีการเพ่ง จดจ่อกันเป็นเวลานาน 3-5 นาที มีโอกาสเกิดการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็น 6.23 เท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน โดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถ มีโอกาสเกิดการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็น 16.59 เท่า และกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะงานที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานเสมอ มีโอกาสเกิดการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็น 9.43 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะการทำงานดังกล่าว



อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาศาสามารถอภิปรายด้านความชุกและปัจจัยท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ในเกษตรกรกรกลุ่มเย็บผ้า ดังนี้

1. ความชุกการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของความผิดปกติของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 87.3 และ 94.2 ตามลำดับ โดยตำแหน่งที่มีความผิดปกติมากที่สุด ได้แก่ น่อง หัวเข่า หลังส่วนล่าง และไหล่ อาจเนื่องจากเกษตรกรกรกลุ่มเย็บผ้า มีลักษณะท่าทางการทำงานที่ต้องใช้ร่างกายท่อนล่าง ตั้งแต่ตำแหน่งท่อนขาส่วนบนจนถึงข้อเท้าและเท้าตลอดเวลาในการใช้เครื่องจักรที่มีลักษณะใช้เท้าเหยียบแป้นเท้า เพื่อให้เครื่องจักรเย็บผ้าทำการถักเย็บอยู่ตลอดเวลาการทำงาน รวมไปถึงมีท่าทางก้มโค้งตัวไปด้านหน้าขณะทำงานเสมอๆ และต้องนั่งทำงานเป็นเวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน โดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัย ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยด้านกายศาสตร์และความชุกของความผิดปกติของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า พบว่า ความชุกของความผิดปกติของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 90.0 และ จันจิรา ทิพวง และกาญจนา นาละพินธุ⁽¹³⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความชุกของความผิดปกติของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ของกลุ่มอาชีพเย็บผ้าโหล ตำบลน้ำโมง อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า ความชุกการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 85.9 และรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 86.6 ตำแหน่งสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ข้อเท้าขวา บริเวณข้อมือขวา และเข่าขวา ไหล่ซ้ายและขวา และ Neeraja, T., et al.⁽¹⁴⁾ ศึกษาความชุกการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ในคนงานทอผ้า ประเทศอินเดีย พบว่า มีการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ร้อยละ 86.0 ซึ่งเป็นความชุกที่สูงเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ความชุกการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานในแรงงานที่ทำงานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ผ้ายังมีข้อจำกัดเนื่องจากปัจจัยหลายๆ ด้าน ลักษณะงานที่แตกต่างกัน ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน และช่วงเวลาของความชุกที่แตกต่างกัน แต่โดยสรุปแล้วความชุกการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานมีแนวโน้มคล้ายกันคือมีความชุกสูง

2. ท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องมีการเพ่ง จดจ่อต่อเนื่องกัน 2) กลุ่มตัวอย่างที่มีการทำงานที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน โดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถ และ 3) กลุ่มตัวอย่างที่มีงานที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานเสมอ

สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ⁽¹²⁾ ซึ่งพบว่า การก้มโค้งตัวไปด้านหน้าขณะทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานในแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า งานวิจัยของ จันจิรา ทิพวง และกาญจนา นาละพินธุ⁽¹³⁾ พบว่า การนั่ง



ทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่อวันมากกว่า 11 ชั่วโมง ซึ่งจะต้องมีการพัก จดจ่อกับงานเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานในกลุ่มอาชีพเย็บผ้าโพลี ด้ายล้นน้ำโม่ อำเภอบำบ่ง จังหวัดหนองคาย และงานวิจัยของ Iman Diana, et al.⁽¹⁵⁾ พบว่า ท่าทางการทำงานการนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานของแรงงานเย็บผ้าชาวอิหร่าน อาจเนื่องจากเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้าในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางที่ผิดจากธรรมชาติมนุษย์ทำให้แนวของร่างกาย เช่น รวงค้ ข้อต่อ หลัง กล้ามเนื้อ มีการเอียงออกจากแนวธรรมชาติของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งต้องมีการทำงานอย่างเร่งรีบเพื่อให้ได้ผลผลิตตามเวลา และต้องทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจมีการเพิ่มความเร็วของการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งมีการใช้กล้ามเนื้อในตำแหน่งเดิมหรือการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางซ้ำๆ เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อเฉพาะแห่งหรือทั้งร่างกาย⁽¹⁶⁾

ถึงแม้ว่าการศึกษานี้ปัจจัยด้านบุคคล อาทิเช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย จะไม่ส่งผลต่อการเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า แต่มีบางการศึกษาพบว่า อายุ เกี่ยวข้องกับการเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานในคนงานทอผ้า ประเทศอินโดนีเซีย⁽¹⁶⁾ เพศและดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานของแรงงานเย็บผ้าชาวอิหร่าน⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ อาชีพเกษตรกรที่อาจมีลักษณะการทำงานที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลต่อการเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน โดยมีการศึกษาของ Rosecrance J, et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานในตำแหน่งหลังส่วนล่างเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดใอาชีพเกษตรกร

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ ควรมีการออกแบบสถานที่การทำงาน เครื่องมืออุปกรณ์ให้เหมาะสมกับรูปร่างสัดส่วนของผู้ใช้งาน เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการเกร็งลดลง เป็นการป้องกันการเจ็บปวดระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมหรือท่าทางที่ผิดธรรมชาติ รวมไปถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจให้อบรมความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ ท่าทางการทำงานที่เหมาะสม แนะนำการปรับช่วงเวลาการหยุดพักระหว่างทำงานตามความเหมาะสม เพื่อให้แรงงานมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะช่วยลดความเมื่อยล้าที่สะสมจากการทำงาน

สำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป ควรเพิ่มการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ สภาพอากาศที่มีอุณหภูมิที่ร้อนอบอ้าวหรือเย็นมากจนเกินไป การระบายอากาศ และความเพียงพอของแสงสว่างในสถานที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น รวมถึงควรมีการศึกษาในรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเกษตรกรกลุ่มเห็บผ้า ในเขตพื้นที่ตำบลโพนงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลโพนงาม และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีตำบลโพนงาม ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลโพนงามในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Musculoskeletal conditions [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>.
2. Bone and Joint Initiative USA. The Impact of Musculoskeletal Disorders on Americans—Opportunities for Action. United States: Global Alliance for Musculoskeletal Health/Bone and Joint Decade; 2016.
3. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2012.
4. สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงาน. การยศาสตร์และการปรับปรุงสภาพการทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.shawpat.or.th>.
5. สำนักข่าวไทยแลนด์พลัส. พาณิชย์ หนูนตลาคผ้าไหมไทย จัดเส้นทางสายไหมสู่แหล่งท่องเที่ยววิถีไทย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thailandplus.tv/archives/62854>.
6. จักรกฤษณ์ วังทัน และนันท อัคราภรณ์. แนวทางพัฒนาอาชีพกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรเห็บปักถักร้อยผลิตภัณฑ์ใยแก้วตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 2561; 7(1): 124-55.
7. สุนิสรา ชายเกลี้ยง, ธวัชชัย คำป้อม, วรพรรณ ภูชาดา. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพด้านการสัมผัสปัจจัยการยศาสตร์ ของแรงงานนอกระบบกลุ่มเห็บผ้าสำเร็จรูป. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(1), 99–111.
8. ขจรศักดิ์ สีวาที, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, เกษราวัฒน์ นิลวราภุร. การวิเคราะห์กลวิธีของระบบสุขภาพในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(2): 252-66.



9. ปารีชาติ สนิท, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, เกษราวัลดี นิลวรากร. คุณภาพชีวิตของเกษตรกรปลูกสับปะรด ในจังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(2): 275-81.
10. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Bierring-Sorensen F, Andersson G, Jorgensen K. Standardized Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon.* 1987;18(3):233-7.
11. กรมควบคุมโรค. (2552). แบบประเมินความเสี่ยงอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ. [อินเทอร์เน็ต].2552 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.envocc.org/Budget56/farmer/riskmusle&bone.pdf>.
12. ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วรันทน์ จรุงโรจน์สกุล, ธาณี แก้วธรรมานุกุล, รุจาธร อินทรตุล. ปัจจัยด้านการยศาสตร์และความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ในแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า. *พยาบาลวารสาร* 2020; 47(2): 64-74.
13. จันจิรา ทิพวง และกาญจนา นาคะพินธุ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดกล้ามเนื้อ ของกลุ่มอาชีพเย็บผ้าโหล ตำบลน้ำโมง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น* 2559; 23(1): 46-61.
14. Neeraja T, Bhargavi A, Manjulatha C. Musculoskeletal disorders and visual strain among handloom weavers. *Int J Inf. Res Rev.* 2016;3(10):2942-5.
15. Iman Dianat, Madeh Kord, Parvin Yahyazade, Mohammad Ali Karimi, Alex W. Stedmon Association of individual and work-related risk factors with musculoskeletal symptoms among Iranian sewing machine operators. *Appl Ergon.* 2015; 1:180-8.
16. กิตติ อินทรานนท์. การยศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
17. Iwan M, Agus W, Krishna P. Correlation Power of Related Factors Affected Musculoskeletal Disorders Complaints Amongst Rice Mill Unit Operators. *Asian J Epid.* 2019;12(2):45-52.
18. Rosecrance J, Rodgers G, Merlino L. Low back pain and musculoskeletal symptoms among Kansas farmers. *Am J Ind Med.* 2006;49(7):547-56.



สัดส่วนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษา ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**Proportion and Associated Factors of Risk for Social Media Addiction in Undergraduate Students,
Khon Kaen University**

Received: November 13, 2021

Revised: January 02, 2022

Accepted: January 28, 2022,

วริศรา เรืองทวี¹, พรรษ โนนจ้อย²

Warissara Ruengtawee¹, Pat Nonjui²

บทคัดย่อ

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) เป็นกิจกรรมยามว่างที่เป็นที่นิยม แต่การใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งผลต่อการนอนและการเรียนของนักศึกษาได้ ในประเทศไทยมีการศึกษาการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social media addiction) จำกัด การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น 142 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2564 ใช้แบบสอบถามออนไลน์ชนิดตอบเองผ่าน Google form ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การใช้และทัศนคติต่อสื่อสังคมออนไลน์ และแบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction Screening Scale: S-MASS)

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 47.9 รองลงมาคือมีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 45.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ คือการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแก้เบื่อ (OR = 3.636, 95%CI = 1.452 - 9.107, p-value = 0.006) มีทัศนคติเห็นด้วยว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วยให้เป็นที่ยอมรับ ชื่นชอบในสังคม (OR = 12.385, 95%CI = 2.395 - 64.037, p-value = 0.003) สำหรับการรักษาและป้องกันการติดสื่อสังคมออนไลน์ควรค้นหาความเบื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการเป็นที่ยอมรับในสังคม

คำสำคัญ: สื่อสังคมออนไลน์, ติดสื่อสังคมออนไลน์, ออนไลน์

¹ แพทย์ใช้ทุนเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

The use of social media is a popular leisure activity; however, its inappropriate use leads to social media addiction and affects the sleep and academic performance of college students. The study about social media addiction in Thailand was limited. Thus, this research aimed to examine the proportion of and associated factors of risk for social media addiction in undergraduate students, Khon Kaen University.

The cross-sectional analytic study was conducted with 142 undergraduate students between July to September 2021. The online self-administered questionnaire via Google form, consisting of personal history, social media use history, attitude, and Social Media Addiction Screening Scale (S-MASS), was used.

Most of the participants were at moderate risk of social media addiction (47.9%) followed by high risk (45.8%). The factor associated with social media addiction include relieve boredom (OR = 3.636, 95%CI = 1.452-9.107, p-value = 0.006) and the attitudes towards being accepted and pleased in society (OR = 12.385, 95%CI = 2.395-64.037, p-value = 0.003). For treatment and prevention of social media addiction, boredom, and attitudes of being accepted from society need to be explored.

Keywords: social media social media addiction online

¹Family medicine residence, Department of Community Medicine, Khon Kaen University

²Lecturer, Department of Community Medicine, Khon Kaen University



บทนำ

สื่อสังคมหรือสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) ราชบัณฑิตยสถานได้ให้ความหมายของสื่อสังคม หมายถึง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นสื่อกลางที่ให้บุคคลทั่วไปมีส่วนร่วมสร้างและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ผ่านอินเทอร์เน็ตได้⁽¹⁾ พิชิต วิจิตรบุญรักษ์ ให้ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์ คือ สื่อที่ผู้ส่งสารแบ่งปันสารซึ่งอยู่ในรูปแบบต่างๆ ไปยังผู้รับสารผ่านเครือข่ายออนไลน์ โดยสามารถโต้ตอบกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร หรือผู้รับสารด้วยกันเอง⁽²⁾ ซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เป็นกิจกรรมยามว่างที่เป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่น⁽³⁾ ในปี 2021 มีการสำรวจพบว่า สื่อสังคมออนไลน์ที่ทั่วโลกนิยมใช้ คือ เฟซบุ๊ก (Facebook) ยูทูบ (YouTube) วอตส์แอปป์ (WhatsApp) และ อินสตาแกรม (Instagram) ตามลำดับ⁽⁴⁾

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปนำไปสู่การติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social media addiction) โดยชาวลิต ศรีเสริม และลักขณา ชอบเสียง ได้รวบรวมและให้คำจำกัดความของการติดสื่อสังคมออนไลน์ หมายถึง อาการเสพติดทางพฤติกรรมที่ส่งผลให้บุคคลมีอาการ 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1. ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ 2. มีความคิดหรือหมกมุ่นกับการใช้งานมากเกินไป 3. ขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่หรือการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ และมีแนวโน้มสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในชีวิตจริง⁽⁵⁾ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่สำรวจการติดสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ปี 2011 Cabral และคณะ ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 16-30 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 59 เชื่อว่าตัวเองติดสื่อสังคมออนไลน์ และปริมาณเวลาส่วนใหญ่ที่ใช้ไปกับสื่อสังคมออนไลน์ต่อวันคือ 31-60 นาที และ 61-90 นาที⁽⁶⁾ ในปี 2018 การศึกษาของ Monica และคณะ พบว่า ร้อยละ 45 ของกลุ่มวัยรุ่นระบุว่าออนไลน์ในสื่อสังคมออนไลน์ตลอดเวลา⁽⁷⁾ ในปี 2009 Wan ศึกษาในประเทศจีน พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัย ร้อยละ 34 ติดสื่อสังคมออนไลน์⁽⁸⁾ การศึกษาในประเทศไทย ปี 2016 ของกันยา และคณะ พบว่า ร้อยละ 17.6 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ติดสื่อสังคมออนไลน์ และพบว่า ภาวะสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์⁽⁹⁾ ซึ่งเหตุผลที่วัยรุ่นใช้สื่อสังคมออนไลน์คือ ต้องการรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไปกับการตรวจสอบและโต้ตอบความคิดเห็นในสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นทำให้มีผลกระทบต่อการนอนและผลการเรียน⁽¹⁰⁻¹³⁾ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการวินิจฉัยการติดสื่อสังคมออนไลน์ยังไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยชัดเจน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเสพติดอินเทอร์เน็ต (Internet addiction) มีความคล้ายคลึงกับการติดสารเสพติด ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ การให้ความสำคัญ (Salience) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood modification) การสูญเสียการควบคุม (Loss of control) การเลิกหรือหยุดใช้ (Withdrawal) การขัดแย้ง (Conflict) และการกลับคืนสู่สภาพเดิม (Relapse) โดยการติดสื่อสังคมออนไลน์เป็นส่วนหนึ่งของการเสพติดอินเทอร์เน็ต (Internet Gaming Disorder) ซึ่งใน DSM-5 ได้จัด



ให้การเสพติดอินเทอร์เน็ตอยู่ในหมวดโรคส่วนที่ 3 ซึ่งเป็นโรคที่ต้องการการวิจัยเพิ่มเติม เนื่องจากยังขาดข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับความชุกของการเกิดโรค และการดำเนินโรค⁽⁴⁾

เนื่องจากปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์มีความนิยมมากขึ้น แต่การศึกษาเกี่ยวกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ในประเทศไทยยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นระดับปริญญาตรี เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้วางแผนป้องกันการติดสื่อสังคมออนไลน์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ใช้การสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) และแจกแบบสอบถามออนไลน์ชนิดตอบเองผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Winpepi กำหนดค่า Confidence interval = 95% Assumed proportion = 0.571 Acceptable different = 0.08565 Size of population = 31,023 คน และ Expected loss of subjects = 10% ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 142 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria)

1. สัญชาติไทย
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2564
4. เป็นผู้ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม Pilot study



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง ผ่าน Google form ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ คณะ เกรดเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction Screening Scale: S-MASS) ซึ่งพัฒนาโดย รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อวัดระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์ มีข้อคำถาม 16 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ใช้เลย (0 คะแนน) ไม่น่าใช้ (1 คะแนน) น่าจะใช้ (2 คะแนน) และใช้เลย (3 คะแนน) โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

มีความเสี่ยงต่ำ (low-risk)	คะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน
มีความเสี่ยงปานกลาง (moderate-risk)	คะแนนระหว่าง 16-30 คะแนน
มีความเสี่ยงสูง (high-risk)	คะแนนระหว่าง 31-48 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือใช้การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการในนักศึกษามหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความเหมาะสมด้านภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา ได้คะแนน S-CVI/Average = 0.92 และแบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction Screening Scale: S-MASS) ทดสอบค่าความเที่ยงได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจาก Google form แปลงเป็นฐานข้อมูลใน Microsoft Excel 2019 for Windows โดยอัตโนมัติ ตรวจสอบฐานข้อมูล missing data และค่าที่เป็นไปไม่ได้ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 26 for window วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการติดสื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square, 95% CI และ Ordinal logistic regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาว่าเป็นโครงการที่เข้าข่ายการพิจารณาแบบยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการ HE641295

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน อัตราการตอบกลับ 100% ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 99 คน (ร้อยละ 69.7) ศึกษาในคณะ 5 อันดับแรก ได้แก่ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ และคณะเกษตรศาสตร์ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

เกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 46 คน (ร้อยละ 32.4) ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการทำงานหรือหารายได้เสริม โดยพบว่าระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน โดยไม่นับจากการทำงาน หรือหารายได้ ส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 73 คน (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือ 4-6 ชั่วโมงต่อวัน 44 คน (ร้อยละ 31.0) 2-4 ชั่วโมงต่อวัน 20 คน (ร้อยละ 14.1) และน้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน 5 คน (ร้อยละ 3.5) ตามลำดับ จำนวนวันการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อสัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ทุกวันมีจำนวน 133 คน (ร้อยละ 93.7) รองลงมา คือ 5-6 วัน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.1) และน้อยกว่าเท่ากับ 4 วัน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ

ชนิดของสื่อสังคมออนไลน์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้พบว่าอินสตาแกรม (Instagram) เป็นชนิดสื่อสังคมออนไลน์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด จำนวน 124 คน (ร้อยละ 87.3) รองลงมา คือ เฟซบุ๊ก (Facebook) จำนวน 115 คน (ร้อยละ 81.0) ไลน์ (Line) จำนวน 81 คน (ร้อยละ 57.0) ทวิตเตอร์ (Twitter) จำนวน 61 คน (ร้อยละ 43.0) ตี๊กต็อก (Tiktok) จำนวน 60 คน (ร้อยละ 42.3) พินเทอเรสต์ (Pinterest) จำนวน 14 คน (ร้อยละ 9.9) และ ยูทูป (YouTube) จำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.5) ตามลำดับ

วัตถุประสงค์หลักในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ คือ สนทนาติดต่อสื่อสาร จำนวน 135 คน (ร้อยละ 95.1) เพื่อความบันเทิง จำนวน 118 คน (ร้อยละ 83.1) เพื่อแก้เบื่อ จำนวน 99 คน (ร้อยละ 69.7) แบ่งปันข้อความรูปภาพ จำนวน 76 คน (ร้อยละ 53.5) ลืมเรื่องทุกข์ หลีกหนีปัญหา จำนวน 28 คน (ร้อยละ 19.7) หาเพื่อนใหม่ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 9.2) เรียนออนไลน์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.4) ติดตามข่าวสาร จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.7) ชื่อของ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.7) และหาแรงบันดาลใจในการทำงานอดิเรก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ

ทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยให้เป็นที่ยอมรับชื่นชอบในสังคม พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยบ้าง 56 คน (ร้อยละ 39.4) ไม่ค่อยเห็นด้วย 33 คน (ร้อยละ 23.2) เห็นด้วยที่สุด 31 คน (ร้อยละ



21.8) และไม่เห็นด้วย 22 คน (ร้อยละ 15.5) ตามลำดับ และทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยให้สร้างความสัมพันธ์ใหม่ได้ พบว่า เห็นด้วยที่สุด 66 คน (ร้อยละ 46.5) เห็นด้วยบ้าง 57 คน (ร้อยละ 40.1) ไม่ค่อยเห็นด้วย 15 คน (ร้อยละ 10.6) และไม่เห็นด้วย 4 คน (ร้อยละ 2.8) ตามลำดับ

2. ความชุกของการติดสื่อสังคมออนไลน์

พบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ มีความเสี่ยงสูง จำนวน 65 คน (ร้อยละ 45.8) และมีความเสี่ยงต่ำ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 6.3) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์

เมื่อใช้สถิติ Chi-square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ระยะเวลาการใช้ต่อวัน จุดประสงค์หลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแก้เบื่อ ทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยให้อย่างเป็นที่ยอมรับ ชื่นชอบในสังคม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อใช้สถิติ Ordinal logistic regression วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จุดประสงค์หลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแก้เบื่อ (OR = 3.636, 95%CI = 1.452 - 9.107, p-value = 0.006) ทัศนคติเห็นด้วยที่สุดในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยให้อย่างเป็นที่ยอมรับ ชื่นชอบในสังคม (OR = 12.385, 95%CI = 2.395-64.037, p-value = 0.003) และทัศนคติเห็นด้วยในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยให้อย่างเป็นที่ยอมรับ ชื่นชอบในสังคม (OR 5.070, 95%CI = 1.246 – 20.619, p-value = 0.023) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	43 (30.3)
หญิง	99 (69.7)
อายุ (ปี)	
ค่ามัธยฐาน	20
อายุน้อยสุด	18
อายุสูงสุด	27



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
คณะ	
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	20 (14.1)
วิทยาศาสตร์	19 (13.4)
นิติศาสตร์	16 (11.3)
ศึกษาศาสตร์	13 (9.2)
เกษตรศาสตร์	13 (9.2)
อื่น ๆ	61 (43.0)
ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA)	
< 2.01	1 (0.7)
2.01 - 2.50	18 (12.7)
2.51 - 3.00	32 (22.5)
3.01 - 3.50	51 (35.9)
> 3.50	38 (26.8)
Missing data	2 (1.4)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับความถี่ของการติดสื่อสังคมออนไลน์โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยศึกษา	ความถี่ของการติดสื่อสังคมออนไลน์			p-value	
	ต่ำ (n = 9)	ปานกลาง (n = 68)	สูง (n = 65)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ	ชาย	5 (11.6)	17 (39.5)	21 (48.8)	0.154
	หญิง	4 (4.0)	51 (51.5)	44 (44.4)	
ระยะเวลาการใช้ต่อวัน	มากกว่า 6 ชั่วโมง	2 (2.7)	28 (38.4)	43 (58.9)	0.005*
	4 – 6 ชั่วโมง	3 (6.8)	30 (68.2)	11 (25.0)	
	2 – 4 ชั่วโมง	3 (15.0)	9 (45.0)	8 (40.0)	



ความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์

ปัจจัยศึกษา	ความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์			p-value
	ต่ำ (n = 9)	ปานกลาง (n = 68)	สูง (n = 65)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	
ระยะเวลาการใช้ต่อสัปดาห์ ทุกวัน	9 (6.8)	63 (47.4)	61 (45.9)	0.339
5 – 6 วัน	0 (0.0)	3 (100)	0 (0.0)	
น้อยกว่า 5 วัน	0 (0.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	
ชนิดของสื่อสังคมออนไลน์				
Tiktok	ใช้	4 (6.7)	27 (45.0)	0.841
	ไม่ใช้	5 (6.1)	41 (50.0)	
Twitter	ใช้	5 (8.2)	31 (50.8)	0.519
	ไม่ใช้	4 (4.9)	37 (45.7)	
Line	ใช้	7 (8.6)	32 (39.5)	0.053
	ไม่ใช้	2 (3.3)	36 (59.0)	
Instagram	ใช้	7 (5.6)	57 (46.0)	0.229
	ไม่ใช้	2 (11.1)	11 (61.1)	
Facebook	ใช้	7 (6.1)	50 (43.5)	0.068
	ไม่ใช้	2 (7.4)	18 (66.7)	
จุดประสงค์หลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์				
สืบเรื่องทุกข์ หลีกหนีปัญหา	ใช่	3 (10.7)	11 (39.3)	0.421
			14 (50.0)	



		ความเสี่ยงการติดต่อสังคมออนไลน์			
ปัจจัยศึกษา		ต่ำ (n = 9)	ปานกลาง (n = 68)	สูง (n = 65)	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
แบ่งปันข้อความ รูปภาพ	ไม่ใช่	6 (5.3)	57 (50.0)	51 (44.7)	0.445
	ใช่	5 (8.5)	25 (42.4)	29 (49.2)	
เพื่อแก้ปัญหา	ไม่ใช่	4 (4.8)	43 (51.8)	36 (43.4)	0.036*
	ใช่	3 (3.0)	47 (47.5)	49 (49.5)	
เพื่อความบันเทิง	ไม่ใช่	6 (14.0)	21 (48.8)	16 (37.2)	0.373
	ใช่	9 (7.6)	56 (47.5)	53 (44.9)	
สนทนา ติดต่อสื่อสาร	ไม่ใช่	0 (0.0)	12 (50.0)	12 (50.0)	0.119
	ใช่	9 (6.7)	62 (45.9)	64 (47.4)	
ทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วยให้เป็นที่ยอมรับ ชอบในสังคม	เห็นด้วยที่สุด	1 (3.2)	9 (29.0)	21 (67.7)	0.011*
	เห็นด้วย	2 (3.6)	26 (46.4)	28 (50.0)	
	ไม่ค่อยเห็นด้วย	5 (15.2)	20 (60.6)	8 (24.2)	
	ไม่เห็นด้วย	1 (4.5)	13 (59.1)	8 (36.4)	
การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วยให้สร้างความสัมพันธ์ ใหม่ๆ ได้	เห็นด้วยที่สุด	4 (6.1)	33 (50.0)	29 (43.9)	0.952
	เห็นด้วย	4 (7.0)	27 (47.4)	26 (45.6)	
	ไม่ค่อยเห็นด้วย	1 (6.7)	7 (46.7)	7 (46.7)	
	ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	

*p-value < 0.05



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับความถี่ของการติดสื่อสังคมออนไลน์โดยใช้สถิติ Ordinal logistic regression

ปัจจัยศึกษา	b	SE(b)	p-value	OR	95% CI		
					Lower	Upper	
จุดประสงค์หลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์							
เพื่อแก้เบื่อ	ใช่	1.291	0.4685	0.006*	3.636	1.452	9.107
	ไม่ใช่	0 ^a	.	.	1	.	.
ทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์							
การใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้เป็นที่ยอมรับ ชื่นชอบในสังคม	เห็นด้วยที่สุด	2.516	0.8383	0.003*	12.385	2.395	64.037
	เห็นด้วย	1.623	0.7158	0.023*	5.070	1.246	20.619
	ไม่ค่อยเห็นด้วย	-0.137	0.6948	0.844	0.872	0.223	3.404
	ไม่เห็นด้วย	0 ^a	.	.	1	.	.

0^a Reference level, * p-value < 0.05

**ปัจจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อสัปดาห์ ชนิดของสื่อสังคมออนไลน์ จุดประสงค์หลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์และทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงปานกลางในการติดสื่อสังคมออนไลน์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการติดสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ จุดประสงค์หลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแก้เบื่อ และทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อช่วยให้เป็นที่ยอมรับ ชื่นชอบในสังคม

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงปานกลางในการติดสื่อสังคมออนไลน์ และพบว่า มีความเสี่ยงสูงในการติดสื่อสังคมออนไลน์ถึงร้อยละ 45.8 ซึ่งมีค่าความชุกสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Wan⁽⁷⁾ ที่พบความชุกของการติดสื่อสังคมออนไลน์ ในนักศึกษา



ระดับวิทยาลัยในประเทศจีนร้อยละ 34 อาจเนื่องมาจากปัจจุบันมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 2009 ร่วมกับช่วงนี้มีการระบาดของไวรัสโควิด 2019 ทำให้นักศึกษาใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น⁽¹⁵⁾ แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบเนื่องจากใช้แบบประเมินที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาเพศหญิงและเพศชายมีความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ที่ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Van den Eijnden และคณะ⁽¹⁶⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กันยา และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีการติดสื่อสังคมออนไลน์มากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า และมีการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทางด้านอายุและเพศยังมีข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน⁽¹²⁾

ด้านระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pernsungnern และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดสื่อสังคมออนไลน์ใช้เวลาโดยเฉลี่ยกับสื่อสังคมออนไลน์ 6.2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งมีการศึกษา พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสการติดสื่อสังคมออนไลน์⁽⁶⁾ แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จึงอาจทำให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ และเมื่อเปรียบเทียบจากการสำรวจในปี 2021 ของประเทศไทยในกลุ่มอายุ 16-64 ปี พบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ 2 ชั่วโมง 48 นาทีต่อวัน⁽¹⁸⁾ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงกว่าประชากรไทย

การศึกษานี้พบว่านักศึกษาใช้ Instagram มากที่สุด รองลงมาคือ Facebook และ Line ถึงแม้ว่าจากการสำรวจก่อนหน้านี้ในประเทศไทย พบว่า สื่อสังคมออนไลน์ที่คนไทยอายุ 16-64 ปี นิยมใช้มากที่สุดคือ YouTube Facebook และ Line ตามลำดับ⁽¹⁹⁾ แต่ถ้าเปรียบเทียบจากการสำรวจทั่วโลกในปี 2021 พบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 16-24 ปี จะใช้ Instagram มากที่สุด⁽⁴⁾ และในปี 2021 จากการสำรวจในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับกลุ่มอายุ 16-24 ปี พบว่า ใช้ YouTube มากที่สุด แต่ก็ยังมีข้อถกเถียงว่า YouTube ว่าเป็นสื่อสังคมออนไลน์หรือไม่⁽¹⁹⁾ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ตอบว่าใช้ YouTube เนื่องจากตีความว่า YouTube ไม่ใช่สื่อสังคมออนไลน์ และการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าชนิดสื่อสังคมออนไลน์สัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ อาจเนื่องมาจากปัจจุบันนักศึกษามีการใช้สื่อสังคมออนไลน์หลายชนิด โดยมีการสำรวจปี 2021 พบว่าโดยเฉลี่ยคนไทยมีบัญชีสื่อสังคมออนไลน์ถึงประมาณ 10 บัญชีต่อคน⁽¹⁸⁾

การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแก้เบื่อมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Leung^(20,21) ที่พบว่า ความรู้สึกเบื่อเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ และทำให้วัยรุ่นไม่สามารถควบคุมการใช้โทรศัพท์มือถือของตนเอง เนื่องจากเป็นอารมณ์ที่ทำให้รู้สึกขาดกิจกรรม หรือรู้สึกไม่สนใจ ไม่พอใจต่อสภาวะที่เป็นอยู่ นอกจากนี้การศึกษาของ



Caldwell และคณะ⁽²²⁾ พบว่า วัยรุ่นที่รู้สึกเบื่อมีแนวโน้มที่ทำการกิจกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการศึกษาของ Lin และคณะ⁽²³⁾ พบว่า การหลีกเลี่ยงสถานะเบื่อหน่ายเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นใช้อินเทอร์เน็ต เนื่องจากทำให้สามารถทำการกิจกรรมที่หลากหลายได้ เช่น การแบ่งปันรูปภาพ พูดคุยกับผู้อื่น หรือติดตามข้อมูลข่าวสาร

นักศึกษาที่มีทัศนคติเห็นด้วยว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วยให้เป็นที่ยอมรับชื่นชอบในสังคม มีความสัมพันธ์กับความเลี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่า การที่วัยรุ่นในประเทศจีนใช้สื่อสังคมออนไลน์แล้วเป็นที่สนใจในเพื่อนฝูง ทำให้มีความพึงพอใจในการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น โดย Goffman⁽²⁵⁾ นักสังคมวิทยาได้อธิบายไว้ว่า มนุษย์นำเสนอตัวเองเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในตนเอง โดยใช้การนำเสนอตัวตนตามที่อยาก让别人เห็นหรือรับรู้ แม้บางครั้งสิ่งที่นำเสนอกับความเป็นจริงอาจไม่สอดคล้องกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ คือ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อแก้เบื่อ และช่วยให้เป็นที่ยอมรับ ชื่นชอบในสังคม ซึ่งประเด็นดังกล่าวสามารถนำไปใช้อภิปรายระหว่าง การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ซึ่งเป็นจิตบำบัดที่แนะนำในการบำบัดการติดอินเทอร์เน็ต⁽¹²⁾ เช่น การส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมกับนักศึกษาเพื่อลดอารมณ์เบื่อ การทำจิตบำบัดเพื่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองและยอมรับตนเอง เป็นต้น

การศึกษานี้ศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับกลุ่มประชากรอื่น และการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์จึงมีข้อจำกัดในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสื่อสังคมออนไลน์จึงควรพิจารณาผลการศึกษาอย่างระมัดระวัง ดังนั้นเสนอให้ศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ที่อนุญาตให้ใช้แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ Social Media Addiction Screening Scale (S-SMSS) และขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้คำแนะนำในทุกด้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่ช่วยประสานงานเรื่องเอกสารและช่วยเหลือ



เอกสารอ้างอิง

1. วราพร คำจับ. สื่อสังคมออนไลน์กับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2562;7(2):143-59.
2. พิเชิต วิจิตรบุญรักษ์. สื่อสังคมออนไลน์: สื่อแห่งอนาคต. วารสารนักบริหาร. 2554;31(4):99-103.
3. Bányai F, Zsila Á, Király O, Maraz A, Elekes Z, Griffiths MD, et al. Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. PLOS ONE. 2017;12(1):e0169839.
4. Kemp S. Digital 2021 October Global Statshot Report [Internet]. DataReportal; 2021 [cited 2022 Jan 3]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2021-october-global-statshot?rq=october>.
5. Srisoem C, Chopsiang L. Social Media Use and Mental Health in Adolescents: Strengths, Limitation, and Social Media Addiction. Journal of Legal Entity Management and Local Innovation. 2020 Dec ;6(6):355-70.
6. Cabral J. Is Generation Y addicted to social media?. Elon Journal of Undergraduate Research in Communications. 2011;2:5-13.
7. Monica A, Jingjing J. Teens, social media and technology 2018 [Internet]. Pew Research Center; 2018 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.pewresearch.org/internet/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/>
8. Wan C. Gratifications & loneliness as predictors of campus-SNS websites addiction & usage pattern among Chinese college students [master's thesis on the Internet]. Hong Kong: The Chinese University of Hong Kong; 2009 [cited 2021 Oct 27]. Available from: https://pg.com.cuhk.edu.hk/pgp_nm/projects/2009/Wan%20Sisi%20Candy.pdf
9. กัญญา พาณิชย์ศิริ, เบญจพร ตันตสูติ. การคิดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559;61(3):191-204.
10. Espinoza G, Juvonen J. The pervasiveness, connectedness, and intrusiveness of social network site use among young adolescents. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2011 Dec;14(12):705-9.
11. Al-Menayes JJ. The relationship between mobile social media use and academic performance in university students. New Media and Mass Communication. 2014;25:23-9.
12. Al-Menayes JJ. Dimensions of Social Media Addiction among University Students in Kuwait. Psychology and Behavioral Sciences. 2015;4(1):23.



13. Andreassen CS. Online Social Network Site Addiction: A Comprehensive Review. *Curr Addict Rep.* 2015 Jun 1;2(2):175–84.
14. Kuss DJ, Shorter GW, van Rooij AJ, Griffiths MD, Schoenmakers TM. Assessing Internet Addiction Using the Parsimonious Internet Addiction Components Model-A Preliminary Study. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2014 June;12(3):351-66.
15. Walker M, Matsu KE. News Consumption Across Social Media in 2021 [Internet]. Pew Research Center; 2021 [cited 2021 Oct 27]. Available from: <https://www.pewresearch.org/journalism/2021/09/20/news-consumption-across-social-media-in-2021/>
16. van den Eijnden R, Koning I, Doornwaard S, van Gorp F, Ter Bogt T. The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning. *Journal of behavioral addictions.* 2018;7(3):697-706.
17. Pemsungnern P, Pornnoppadol C, Sitdhiraksa N, Buntub D. Social media addiction: prevalence and association with depression among 7th-12th Grade Students in Bangkok. *Graduate Research Conference 2014*; 2014 Mar 28; Khon Kaen, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014: 1132-9.
18. Kemp S. Digital 2021 Thailand [Internet]. DataReportal; 2021 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2021-thailand>
19. Kemp S. The social media habits of young people in South-East Asia [Internet]. DataReportal; 2021 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-youth-in-south-east-asia-2021?rq=thailand>
20. Leung L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *CyberPsychology & Behavior.* 2004;7(3):333–48.
21. Leung L. Leisure boredom, sensation seeking, self-esteem, and addiction: Symptoms and patterns of cell phone use. Routledge; 2008.
22. Caldwell LL, Smith EA. Health behaviors of leisure alienated youth. *Loisir et Société/Society and Leisure.* 1995;18(1):143–56.
23. Lin CH, Yu SF. Adolescent internet usage in Taiwan: Exploring gender differences. *Adolescence.* 2008;43:317-31.
24. Huang H. Social Media Generation in urban China a study of social media use and addiction among adolescents [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2014 [cited 2022 Jan 3]. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-642-45441-7>
25. Goffman Erving. *The presentation of self in everyday life.* Harmondsworth: Penguin Books; 1959.



ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

The Stage of Behavioral Change in Smoking Cessation of People in Koksri Sub district

Muang District Khon Kaen Province

Received: January 15, 2022

Revised: February 28, 2022

Accepted: March 13, 2022

ประไพจิตร ชุมวงวาศปี¹

Prapaijit Shumwaengwapee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจำแนกผู้สูบบุหรี่ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่ในตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 246 คน โดยใช้แบบสอบถาม สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อค้นพบ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ด้วยสถิติ Discriminant analysis ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระยะก่อนซังกะใจ ร้อยละ 32.50 มีค่าคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่ำสุดอยู่ในระยะก่อนซังกะใจ คือการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ($\bar{x} = 11.13, SD=3.44$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูงสุดอยู่ในระยะปฏิบัติ คือการประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 17.83, SD=1.48$) ผลการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มพบว่า กลุ่มระยะก่อนซังกะใจและกลุ่มระยะซังกะใจ มีค่าเฉลี่ยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) เกือบทุกด้าน และพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละระยะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตั้งแต่ระยะซังกะใจ ($\bar{x} = 14.05, SD=2.81$) ระยะพร้อมปฏิบัติ ($\bar{x} = 14.31, SD=2.75$) ระยะปฏิบัติ ($\bar{x} = 15.44, SD=1.87$) ส่วนระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยลดลง ($\bar{x} = 15.38, SD=2.15$)

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของแต่ละกลุ่ม เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ในชุมชน

คำสำคัญ: ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การเลิกสูบบุหรี่

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น



Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to study classifications of cigarette smokers based on stage of change of smoking cessation behavior and to study process of change in each change stage of smoking cessation among cigarette smokers in Koksri subdistrict, Mueang district, Khon Kaen. 246 smokers were recruited according to questionnaires and using systematic randomization. The data collected from the smokers were analyzed using statistical software package. The descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation and minimum and maximum were reported as well as the inferential statistic was used to determine the relationship between the stage of change of smoking behavior and the change process of smoking behavior using discriminant analysis. The results revealed that most of the studied population (32.50%) were in the precontemplation stage of smoking behavior. This group of smokers that had the lowest average score of change process were in counter conditioning ($\bar{x} = 11.13$, $SD=3.44$). The smokers with the highest average score of change process were in action stage with environmental reevaluation ($\bar{x} = 17.83$, $SD=1.48$). When analyzing separately, the population in precontemplation and contemplation stage were statistically different in almost of all aspects (p -value = 0.05). It was also found that the average score of change process progressively increased from contemplation ($\bar{x} = 14.05$, $SD=2.81$), preparation ($\bar{x} = 14.31$, $SD=2.75$), and action ($\bar{x} = 15.44$, $SD=1.87$), but decreased in maintenance process ($\bar{x} = 15.38$, $SD=2.15$).

This study suggests that involved health professionals should consider stage and process of change of smoking behavior among the smokers in order to perform health education activities that are suitable for each group of smokers based on those considerations, with the ultimate goal to reduce a number of smokers in communities.

Keywords: Stage of Change Behavior, Smoking Cessation

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน ภายในปี 2568 จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1,600 ล้านคน⁽¹⁾ จากการประเมินขององค์การอนามัยโลก พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยประมาณการว่าภายใน 25 ปีข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นปีละ 10 ล้านคน หรือมากถึง 20 คน ซึ่งมากกว่าการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ วัณโรค อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย และเสียชีวิตระหว่างคลอดรวมกันทั้งหมด⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย แม้ว่าการบริโภคบุหรี่ของประชากรไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มอายุ แต่จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ร้อยละ 19.90 หรือประมาณ 10.90 ล้านคน กลุ่มอายุ 19-24 ปี มีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.20 ในปี พ.ศ.2558 เป็นร้อยละ 20.40 ในปี พ.ศ.2560 โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง⁽³⁾ ผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มวัยทำงานมีปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันมากกว่ากลุ่มเยาวชนและผู้สูงอายุ คือ



ประมาณ 11.90 มวนต่อวัน⁽⁴⁾ ผลการศึกษาติดตามจำนวนประชากรไทยที่เสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เมื่อปี พ.ศ.2557 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 54,512 คน หรือวันละ 149 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน โดยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคนละ 7.80 ปี และมีอาการเจ็บป่วยหรือรัง ได้รับความสะดวกที่ทราบ สูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนเสียชีวิตเฉลี่ยคนละ 3 ปี และพบว่า ประชากรเพศชายเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ร้อยละ 17.00 หรือ 1 ใน 6 ของประชากรเพศชายที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ในปี พ.ศ.2560⁽⁵⁾ การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ.2552 พบว่า มีคนเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป เท่ากับ 50,737 คน สาเหตุเนื่องจากการป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด หลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ⁽²⁾ การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ และโรคอื่นๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ จะมีผลอย่างมากในด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการสูญเสียแรงงานจากการเจ็บป่วยและการด้อยคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่สุขภาพเสื่อมโทรม⁽⁶⁾

บุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดประกอบด้วยสารพิษต่างๆ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอย่างรุนแรง ทั้งต่อตัวผู้สูบโดยตรงและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง หรือควันบุหรี่มือสามจากสิ่งแวดล้อม ในบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย โบบาสูบ กระดาษที่ไหม้ และสารเคมีหลายร้อยชนิด ที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคือง และเพื่อให้บุหรี่น่าสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งสารหลายร้อยชนิด มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และมีสาร 43 ชนิด เป็นสารก่อมะเร็ง ส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งใช้เจ็บที่มีหลักฐานที่มีหลักฐานชัดเจนเพียงพอ 25 โรค เป็นโรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ 10 ชนิด อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อวงกว้างต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จึงจัดว่าการสูบบุหรี่เป็นโรคชนิดหนึ่ง เรียกว่า “โรคเสพติดยาสูบ”⁽⁷⁾ การป้องกันมิให้มีการเริ่มสูบบุหรี่ และการช่วยให้ผู้สูบลเลิกสูบบุหรี่ จึงเป็นแนวทางที่สำคัญที่สุดในการลดผลกระทบดังกล่าว เกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ ได้มีการศึกษาและจัดโปรแกรม สุขศึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ขึ้นในหลายลักษณะ โดยการนำทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ เช่น ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ฯลฯ และใช้กลวิธีทาง สุขศึกษา เช่น การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต กระบวนการกลุ่ม ฯลฯ แต่การจัดกลุ่มเข้ารับโปรแกรม สุขศึกษาดังกล่าว เป็นการมองในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้แยกกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ไม่ประสบผลสำเร็จหรือกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำเมื่อจบโปรแกรมแล้ว ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โปรแกรมการและไดคเคิลเมนต์⁽⁸⁾ ได้ให้ข้อสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Stage of Change) มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะก่อนตั้งใจ ระยะตั้งใจ ระยะพร้อมปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ และระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ โดยที่ในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงยังมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Process of Change) เป็นตัวผลักดันให้มีการพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอน ซึ่งญาณินท์ ศรีทรงเมือง⁽⁶⁾ ได้นำขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรมมาเป็นแนวทางการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของพลทหาร ทำให้ทราบถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนจัดกิจกรรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชน ซึ่งผลการศึกษาก็จะเป็นข้อมูลพื้นฐานการวางแผนจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ในแต่ละระยะ ส่งผลให้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจำแนกผู้สูบบุหรี่ในชุมชนตำบล โคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Crosssectional Study) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ตามแนวคิดของโปรชาสการ์⁽⁸⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากรในการศึกษาคือ ประชาชนเพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 14 หมู่บ้าน ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปัจจุบันสูบบุหรี่ หรือ เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว รวมจำนวน 490 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ประชาชนเพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 14 หมู่บ้าน ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ หรือ เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว จำนวน 249 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก⁽⁹⁾

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เมื่อกำหนดให้ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร มีค่าเท่ากับ 490

α = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 0.05

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนตัวแปรพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้จากการศึกษานำร่อง (pilot study) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระยะซ้งใจมากที่สุด (9 คนจากทั้งหมด 30 คน) คิดเป็นร้อยละ 30.00 (p=0.30)



e = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยินยอมให้ เกิดขึ้นมีค่าเท่ากับ 0.04
แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{490(1.96)^2(0.30)(1-0.30)}{(0.04)^2(490-1) + (1.96)^2(0.30)(1-0.30)}$$

$$n = 248.75$$

$$n = 249 \text{ คน}$$

3) การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ คือแบบสอบถามเรื่อง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในชุมชน ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย (2.1) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของไดคิลิเมนต์ และคณะ⁽⁶⁾ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ จำนวน 1 ข้อ จำแนกประชากรตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ออกเป็น 5 กลุ่ม หรือ 5 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนซั่งใจ (Precontemplation) คือไม่เคยคิดเลิกสูบบุหรี่ ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ระยะซั่งใจ (Contemplation) คือ คิดเลิกสูบบุหรี่ในเวลา 6 เดือนข้างหน้า ระยะพร้อมปฏิบัติ (Preparation หรือ Ready for Action) คือ คิดเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้า และกำลังวางแผนที่จะเลิกบุหรี่ ขั้นปฏิบัติ (Action) คือ เริ่มเลิกสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance) คือ เลิกสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน (2.2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เกี่ยวกับอายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรก ความพยายามเลิกบุหรี่ และอาการผิดปกติที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นองค์ประกอบนำมาใช้ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือเป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว นานๆครั้ง ไม่เคย มีจำนวน 40 ข้อ ครอบคลุมกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 กระบวนการๆ ละ 4 ข้อ (ค่าคะแนนระหว่าง 4 – 20 คะแนน) ดังนี้

1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising) ประกอบด้วยข้อ.6, 8, 10, 17
2. การระบายอารมณ์ (Dramatic relief) ประกอบด้วยข้อ.11, 30, 31, 32
3. การประเมินตนเอง (Selfreevaluation) ประกอบด้วยข้อ.25, 35, 36, 38



4. การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental reevaluation) ประกอบด้วยข้อ.9, 21, 34, 39
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self liberation) ประกอบด้วยข้อ.4, 13, 16, 18
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationship) ประกอบด้วยข้อ.1, 3, 14, 40
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter conditioning) ประกอบด้วยข้อ.5, 26, 27, 28
8. การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement management) ประกอบด้วยข้อ.12, 19, 22, 23
9. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) ประกอบด้วยข้อ.15, 23, 29, 37
10. การประกาศอิสรภาพทางสังคม (Social liberation) ประกอบด้วยข้อ.2, 7, 20, 24

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

	ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
เป็นประจำ	5	คะแนน	1	คะแนน
บ่อยครั้ง	4	คะแนน	2	คะแนน
เป็นบางครั้ง	3	คะแนน	3	คะแนน
นานๆ ครั้ง	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เคย	1	คะแนน	5	คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอภิปรายข้อค้นพบ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2) ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ Discriminant analysis

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ : HE632017 เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2563

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ (n=249)

รายการ		จำนวน	ร้อยละ
อายุ	15 – 18 ปี	4	1.60
	19 – 24 ปี	10	4.00
	25 – 40 ปี	26	10.40



รายการ	จำนวน	ร้อยละ	
	41 – 59 ปี	116	46.60
	60 ปีขึ้นไป	93	37.30
อายุเฉลี่ย 53.50 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.50) อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 96 ปี			
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	2.00
	ประถมศึกษา	167	67.60
	มัธยมศึกษา	54	21.90
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	12	4.90
	ปริญญาตรี	9	3.60
	สถานภาพสมรส	โสด	40
คู่		193	77.50
หม้าย, หย่า		11	4.40
แยกกันอยู่		5	2.00
อาชีพ	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	3.30
	เกษตรกรกรรม	152	61.80
	ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	11	4.50
	รับจ้าง	49	19.90
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	10.50

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 41 – 59 ปี ร้อยละ 46.60 อายุเฉลี่ย 53.50 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.50) อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 96 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.50 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 61.80

2) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของนักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ จำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (n=249)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะก่อนตั้งใจ (Precontemplation)	81	32.50
2. ระยะตั้งใจ (Contemplation)	39	15.70
3. ระยะพร้อมปฏิบัติ (Preparation หรือ Ready for Action)	36	14.50
4. ระยะปฏิบัติ (Action)	31	12.40
5. ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance)	62	24.90
รวม	249	100.00



จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะก่อนซังใจ ร้อยละ 32.50 ระยะซังใจ 15.70 ระยะพร้อมปฏิบัติ ร้อยละ 14.50 ระยะปฏิบัติ ร้อยละ 12.40 และระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ร้อยละ 24.90 สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะก่อนซังใจมากที่สุด ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลไม่เคยคิดและไม่สนใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงยังไม่ตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ของตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แม้ว่าประเทศไทยมีการบังคับใช้มาตรการต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ซึ่งจะมีผลช่วยในการควบคุมการโฆษณาและการขายบุหรี่⁽¹⁰⁾ เนื่องจากผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้เห็นว่าการสูบบุหรี่ของตนไม่ทำให้เกิดปัญหารุนแรงด้านสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ในระยะก่อนซังใจ ร้อยละ 51.90 ไม่มีอาการผิดปกติทางกายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และร้อยละ 48.10 พบอาการทางกายเพียงเล็กน้อย เช่น ไอ แสบคอ จึงทำให้ไม่คิดเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การที่บุคคลจะตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ จะต้องรู้เหตุผลที่แน่ชัดในการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ฆ่าตัวเองได้ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรค การเลิกสูบบุหรี่ทำให้แข็งแรง⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับคำกล่าวของโปรชาสการ์และคณะที่ว่า การที่บุคคลอยู่ในกลุ่มระยะก่อนซังใจ อาจเกิดจากการไม่เข้าใจหรือไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นอยู่หรือไม่อ่าน ไม่พูด ไม่คิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำอยู่⁽⁸⁾

3) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=249)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม									
	ระยะก่อนซังใจ		ระยะซังใจ		ระยะพร้อมปฏิบัติ		ระยะปฏิบัติ		ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	13.29	2.48	14.30	2.56	14.19	3.23	17.12	1.40	16.08	1.84
2. การระบายอารมณ์	13.24	3.01	15.12	3.31	14.86	2.97	16.29	1.32	16.16	2.14
3. การประเมินตนเอง	12.38	3.56	14.90	2.85	15.02	2.40	15.96	1.25	15.87	2.49
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	12.91	3.35	15.87	3.27	15.63	2.69	17.83	1.48	16.66	2.03
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	11.56	2.01	12.97	1.40	12.80	1.70	12.22	1.64	12.58	1.60
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	11.94	2.22	12.23	2.05	13.72	1.84	13.64	2.27	13.58	2.35
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	11.13	3.44	12.84	3.71	12.86	3.49	15.41	2.43	15.46	2.62
8. การเสริมแรงในการจัดการ	13.08	3.15	14.71	2.78	15.58	3.05	16.29	1.65	16.24	1.83
9. การควบคุมสิ่งเร้า	11.28	3.30	13.41	3.38	13.94	2.87	13.25	4.08	15.48	2.85



กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม									
	ระยะก่อนชั่งใจ		ระยะชั่งใจ		ระยะพร้อมปฏิบัติ		ระยะปฏิบัติ		ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	13.90	2.28	14.43	2.82	14.52	3.29	16.48	1.20	15.69	1.75
เฉลี่ยรวม	12.50	2.88	14.05	2.81	14.31	2.75	15.44	1.87	15.38	2.15

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระยะก่อนชั่งใจ (Precontemplation) โดยกระบวนการที่นำมาใช้น้อยที่สุดคือ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ($\bar{x} = 11.13, SD=3.44$) และการควบคุมสิ่งเร้า ($\bar{x} = 11.28, SD=3.30$) และเกือบทุกกระบวนการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะชั่งใจ (Contemplation) ยกเว้นกระบวนการความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือที่มีค่าเฉลี่ยลดลง ส่วนในระยะพร้อมปฏิบัติ (Preparation or Ready for action) ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีทิศทางทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงจากระยะชั่งใจ ในระยะปฏิบัติ (Action) ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีส่วนใหญ่มีทิศทางเพิ่มขึ้น แต่ในระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance) ค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่กลับลดลงเกือบทุกด้านอย่างเห็นได้ชัด ยกเว้นด้านการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม และการควบคุมสิ่งเร้า ที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะปฏิบัติแตกต่างกัน ดังนี้

ระยะก่อนชั่งใจ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประกาศอิสรภาพของสังคม ($\bar{x} = 13.90, SD=2.28$) การกระตุ้นให้ตื่นตัว ($\bar{x} = 13.29, SD=2.48$) และการระบายนอารมณ์ ($\bar{x} = 13.24, SD=3.01$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ($\bar{x} = 11.13, SD=3.44$)

ระยะชั่งใจ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 15.87, SD=3.27$) การระบายนอารมณ์ ($\bar{x} = 15.12, SD=3.31$) และการประเมินตนเอง ($\bar{x} = 14.90, SD=2.85$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือ ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ ($\bar{x} = 11.94, SD=2.05$)

ระยะพร้อมปฏิบัติ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 15.63, SD=2.69$) การเสริมแรงในการจัดการ ($\bar{x} = 15.58, SD=3.05$) และการประเมินตนเอง ($\bar{x} = 15.02, SD=2.40$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือ การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ($\bar{x} = 12.80, SD=1.70$)

ระยะปฏิบัติ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 17.83, SD=1.48$) การกระตุ้นให้ตื่นตัว ($\bar{x} = 17.12, SD=1.40$) และการประกาศ



อิสรภาพของสังคม ($\bar{x} = 16.48, SD=1.20$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือ การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ($\bar{x} = 12.22, SD=1.64$)

ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 16.66, SD=2.03$) การเสริมแรงในการจัดการ ($\bar{x} = 16.24, SD=1.83$) และการระบายอารมณ์ ($\bar{x} = 16.16, SD=2.14$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือ การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ($\bar{x} = 12.58, SD=1.60$)

4) รูปแบบกระบวนการเปลี่ยนแปลงจำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การวิเคราะห์การจำแนกกลุ่ม (Discriminant analysis) เพื่อศึกษาตัวแปรที่ใช้จำแนกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเล็กสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เริ่มจากการแสดงค่าสถิติพื้นฐานคือ \bar{x} และ SD และแสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 กระบวนการในการวิเคราะห์จำแนก โดยเลือกตัวแปรต้นคือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ละตัวเข้าสมการฟังก์ชันการจำแนก และทดสอบนัยสำคัญของฟังก์ชันการจำแนกด้วยค่า Wilk's Lambda ในการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนที่ละคู่ ดังนี้

คู่ที่ 1 กลุ่มตัวอย่างระยะก่อนขังใจ จำนวน 81 คน กับกลุ่มระยะขังใจ จำนวน 39 คน

คู่ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างระยะขังใจ จำนวน 39 คน กับกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ จำนวน 36 คน

คู่ที่ 3 กลุ่มตัวอย่างระยะพร้อมปฏิบัติ จำนวน 36 คน กับกลุ่มระยะปฏิบัติ จำนวน 31 คน

คู่ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างระยะปฏิบัติ จำนวน 31 คน กับกลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ จำนวน 31 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดในตารางที่ 4,5,6 และ 7

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่าสถิติ F และ Wilk's Lambda ระหว่างกลุ่มระยะก่อนขังใจ และกลุ่มระยะขังใจ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระยะก่อนขังใจ		ระยะขังใจ		Univariate F-ratio	Wilks' Lambda
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	13.29	2.48	14.30	2.56	4.27*	0.965
2. การระบายอารมณ์	13.24	3.01	15.12	3.31	9.58*	0.925
3. การประเมินตนเอง	12.38	3.56	14.43	2.85	9.85*	0.923
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	12.91	3.35	15.87	3.27	15.40*	0.885
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	11.56	2.01	12.97	1.40	.458	0.996
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	11.94	2.22	12.23	2.05	6.16*	0.950
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	11.13	3.44	12.84	3.71	7.57*	0.940
8. การเสริมแรงในการจัดการ	13.08	3.15	14.71	2.78	10.73*	0.917



กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระยะก่อนซั้งใจ		ระยะซั้งใจ		Univariate F-ratio	Wilks' Lambda
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
9. การควบคุมสิ่งเร้า	11.28	3.30	13.41	3.38	4.49*	0.963
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	13.90	2.28	14.92	2.82	20.77*	0.850

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างกลุ่มระยะก่อนซั้งใจและกลุ่มระยะซั้งใจ 8 กระบวนการ ได้แก่ การกระตุ้นให้ตื่นตัว การระบายนารมณ์การประเมินตนเอง การประเมินสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม การเสริมแรงในการจัดการ การควบคุมสิ่งเร้า และการประกาศอิสรภาพของสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการประกาศอิสรภาพของสังคมมีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มระยะก่อนซั้งใจและกลุ่มระยะซั้งใจใกล้เคียงกันน้อยที่สุด (Wilk's Lambda = 0.850) และการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้ง 2 ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Wilk's Lambda = 0.996)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่าสถิติ F และ Wilk's Lambda ระหว่างกลุ่มระยะซั้งใจ และกลุ่มพร้อมปฏิบัติ

กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	ระยะซั้งใจ		ระยะพร้อม ปฏิบัติ		Univariate F-ratio	Wilks' Lambda
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	14.30	2.56	14.19	3.23	0.028	1.000
2. การระบายนารมณ์	15.12	3.31	14.86	2.97	0.134	0.998
3. การประเมินตนเอง	14.43	2.85	15.02	2.40	0.934	0.987
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	15.87	3.27	15.63	2.69	0.220	0.997
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	12.97	1.40	12.80	1.70	15.39*	0.826
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	12.23	2.05	13.72	1.84	0.000	1.000
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	12.84	3.71	12.86	3.49	1.64	0.978
8. การเสริมแรงในการจัดการ	14.71	2.78	15.58	3.05	0.538	0.993
9. การควบคุมสิ่งเร้า	13.41	3.38	13.94	2.87	0.312	0.996
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	14.92	2.82	14.52	3.29	0.112	0.998

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 10 กระบวนการของกลุ่มระยะ
 ชั่งใจ มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่ำกว่ากลุ่มพร้อมปฏิบัติ ยกเว้น การกระตุ้นให้ตื่นตัว การประเมินสิ่งแวดล้อม
 การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง และการประกาศอิสรภาพของสังคม พบว่า กลุ่มระยะชั่งใจมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า
 กลุ่มพร้อมปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า ค่าเฉลี่ยการประกาศ
 อิสรภาพต่อตนเอง ระหว่างกลุ่มระยะชั่งใจและกลุ่มพร้อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 และพบว่า การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มระยะชั่งใจและกลุ่มพร้อมปฏิบัติ
 ใกล้เคียงกันน้อยที่สุด (Wilk's Lambda = 0.826) ส่วนการกระตุ้นให้ตื่นตัวและความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ
 มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้ง 2 ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Wilk's Lambda = 1.000)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่าสถิติ F และ Wilk's
 Lambda ระหว่างกลุ่มพร้อมปฏิบัติ และกลุ่มระยะปฏิบัติ

กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	พร้อมปฏิบัติ		ระยะปฏิบัติ		Univariate F-ratio	Wilks' Lambda
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	14.19	3.23	17.12	1.40	21.93*	.748
2. การระบายอารมณ์	14.86	2.97	16.29	1.32	6.09*	.914
3. การประเมินตนเอง	15.02	2.40	15.96	1.25	3.82	.944
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	15.63	2.69	17.83	1.48	1.98	.970
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	12.80	1.70	12.22	1.64	.023	1.000
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	13.72	1.84	13.64	2.27	11.69*	.848
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	12.86	3.49	15.41	2.43	1.323	.980
8. การเสริมแรงในการจัดการ	15.58	3.05	16.29	1.65	.646	.990
9. การควบคุมสิ่งเร้า	13.94	2.87	13.25	4.08	9.75*	.870
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	14.52	3.29	16.48	1.20	16.34*	.799

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 10 กระบวนการของกลุ่มระยะ
 พร้อมปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่ำกว่ากลุ่มระยะปฏิบัติ ยกเว้น การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง
 ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการควบคุมสิ่งเร้า พบว่า กลุ่มพร้อมปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่ม
 พร้อมระยะปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า ค่าเฉลี่ยการกระตุ้น
 ให้ตื่นตัว การระบายอารมณ์ ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การควบคุมสิ่งเร้า และการประกาศอิสรภาพของ
 สังคม ระหว่างกลุ่มพร้อมปฏิบัติและกลุ่มระยะปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 และพบว่า ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มพร้อมปฏิบัติและกลุ่มระยะปฏิบัติ



ใกล้เคียงกันน้อยที่สุด (Wilk's Lambda = 0.848) และการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้ง 2 ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Wilk's Lambda = 1.000)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่าสถิติ F และ Wilk's Lambda ระหว่างกลุ่มระยะปฏิบัติ และกลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	ระยะปฏิบัติ		ระยะคงไว้ซึ่ง การปฏิบัติ		Univariate F-ratio	Wilk's Lambda
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	17.12	1.40	16.08	1.84	7.76*	0.921
2. การระบายอารมณ์	16.29	1.32	16.24	2.14	0.013	1.000
3. การประเมินตนเอง	15.96	1.25	15.87	2.49	0.041	1.000
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	17.83	1.48	16.66	2.03	0.993	0.989
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	12.22	1.64	12.58	1.60	0.016	1.000
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	13.64	2.27	13.58	2.35	0.007	1.000
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	15.41	2.43	15.46	2.62	0.109	0.999
8. การเสริมแรงในการจัดการ	16.29	1.65	16.16	1.83	9.36*	0.907
9. การควบคุมสิ่งเร้า	13.25	4.08	15.48	2.85	5.08*	0.947
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	16.48	1.20	15.69	1.75	8.19*	0.917

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 10 กระบวนการของกลุ่มระยะปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่ำกว่ากลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติเพียง 3 กระบวนการ ได้แก่ การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม และการควบคุมสิ่งเร้า ส่วนตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยตัวแปรสูงกว่ากลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ได้แก่ การกระตุ้นให้ตื่นตัว การระบายอารมณ์ การประเมินตนเอง การประเมินสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม การเสริมแรงในการจัดการ และการประกาศอิสรภาพของสังคม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มระยะปฏิบัติกับกลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ พบว่า การกระตุ้นให้ตื่นตัว การเสริมแรงในการจัดการ การควบคุมสิ่งเร้า และการประกาศอิสรภาพของสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การเสริมแรงในการจัดการ มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติและกลุ่มระยะปฏิบัติใกล้เคียงกันน้อยที่สุด (Wilk's Lambda = 0.907) ส่วนการระบายอารมณ์ การประเมินตนเอง การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้ง 2 ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Wilk's Lambda มีค่า 0.999-1.000)



ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระยะก่อนชั่งใจ (Precontemplation) ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลไม่เคยคิดที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน จึงทำให้บุคคลในกลุ่มนี้ไม่สนใจกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้น เพราะไม่ตรงกับความต้องการของเขา ดังนั้น ผลการศึกษาจึงพบว่ากระบวนการที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ($\bar{x} = 11.13, SD=3.44$) และการควบคุมสิ่งเร้า ($\bar{x} = 11.28, SD=3.30$) ซึ่งหมายถึงบุคคลกลุ่มนี้ไม่เลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์คือการเลิกสูบบุหรี่ มาแทนที่การสูบบุหรี่ และการไม่เปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมและสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 10 กระบวนการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามลำดับตั้งแต่ระยะชั่งใจ ($\bar{x} = 14.05, SD=2.81$) ระยะพร้อมปฏิบัติ ($\bar{x} = 14.31, SD=2.75$) ระยะปฏิบัติ ($\bar{x} = 15.44, SD=1.87$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในระยะชั่งใจ เริ่มคิดที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต จึงมีการตอบสนองและรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ สนใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่เดียวกันยังคิดถึงผลเสียหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ จึงทำให้การเข้าสู่ระยะพร้อมปฏิบัติล่าช้า ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะต่อไปคือ ระยะพร้อมปฏิบัติ บุคคลจะมีความพร้อมที่จะทำกิจกรรมและมีการแสดงออกบางอย่าง เช่น มีการวางแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาหรือรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่จากสื่อหรือช่องทางต่างๆ มากขึ้น เป็นต้น จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มระยะชั่งใจ ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คือ ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลง ละ หรือ เลิกสูบบุหรี่ จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มระยะปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารังนี้พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทั้ง 10 กระบวนการ ในระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ($\bar{x} = 15.38, SD=2.15$) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะปฏิบัติ ($\bar{x} = 15.44, SD=1.87$) เนื่องจากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแม้มีความต่อเนื่องกันเป็นลำดับ ตั้งแต่ระยะก่อนชั่งใจ ระยะชั่งใจ ระยะพร้อมปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ และระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ แต่การเปลี่ยนผ่านในแต่ละระยะอาจมีการวนกลับของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือเมื่อถึงระยะปฏิบัติจะมีการย้อนกลับสู่ระยะก่อนชั่งใจ ระยะชั่งใจ ระยะพร้อมปฏิบัติ ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ⁽¹²⁾ ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ อาจมีการวนกลับของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พบได้มากเช่นเดียวกัน



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับกลุ่มประชาชนในตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่สูบบุหรี่ในระยะต่างๆ ดังนี้

1. กลุ่มระยะก่อนซังใจ ควรจัดกิจกรรมมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้ด้านการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter conditioning) เพื่อให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาทดแทนการสูบบุหรี่ เช่น การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ประโยชน์และโทษของการสูบบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น

2. กลุ่มระยะซังใจ ควรจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relation) เพื่อให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่น ทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เป็นต้น

3. กลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ และกลุ่มระยะปฏิบัติ ควรจัดกิจกรรมมุ่งเน้นการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self liberation) เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าบุคคลสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และสัญญาว่าจะลด ละ เลิกสูบบุหรี่ตามที่ตนเองเชื่อมั่น เช่น กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ตนเอง กำหนดเป้าหมายตนเอง วางแผนการลด ละ เลิกบุหรี่ของตนเอง รวมทั้งทำสัญญากับตนเองและบุคคลสำคัญในชีวิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการควบคุมตนเอง มาใช้ในการออกแบบกิจกรรม เป็นต้น

4. กลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เนื่องจากกลุ่มนี้มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการวนกลับของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising) การระบายอารมณ์ (Dramatic relief) การประเมินตนเอง (Self reevaluation) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relation) การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement management) และการประกาศอิสรภาพทางสังคม (Social liberation) เช่น กิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ การศึกษาดูงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละขั้นร่วมด้วย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) และความสมดุลในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Decisional balance) เพื่อให้สามารถอธิบายข้อค้นพบได้กว้างและลึกซึ้งขึ้น

2. ศึกษารูปแบบกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การดื่มสุรา การออกกำลังกาย เป็นต้น



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ศรีคาเกษ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่กรุณาให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้กำลังใจเสมอมา และขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำทางวิชาการและตรวจทานต้นฉบับ จนสำเร็จลุล่วงทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 1. มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กรุงเทพฯ, 2551.
2. อารัมภ์พร เอี่ยมวุฒิ และคณะ. บุหรี่ภัยร้ายทำลายคุณ. พิมพ์ครั้งที่ 8. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจพรินติ้ง นครปฐม, 2561.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2561.
4. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ. รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2558.
5. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. สธ.เผยสถิติผู้เสียชีวิตจากบุหรี่. <https://www.thaihealth.or.th/Content/45070> สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2563.
6. ญาณินท์ ศรีทรงเมือง. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของพลทหาร ค่ายภานุรังษี จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2549.
7. อารยา ทองผิว และคณะ. คู่มือเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจ. กรุงเทพฯ, 2561.
8. Prochaska, Jame O.; et al. **Measuring process of change : to the cessation of smoking.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 56(3). 1988.
9. อรุณ จิรวัดมน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. ทิพยพัฒน์. กรุงเทพฯ, 2558.
10. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์. กรุงเทพฯ, 2561.
11. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, 2546.
12. Prochaska, Jame O.; et al. **The Process of Smoking Cessation An Analysis of Precontemplation, contemplation, and Preparation Stage of Chang.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59(2). 1991.



ความรู้และเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกร ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร

KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING THE USE OF MEDICAL CANNABIS AMONG PHARMACISTS AT COMMUNITY HOSPITAL IN SAKON NAKHON PROVINCE

Received: July 27, 2021

Revised: January 22, 2022

Accepted: February 22, 2022

โกวิท สีหาคม¹, วิภาวรรณ สีหาคม²

Kowit Sehakom¹, Vipawan Sehakom²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกร ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ และแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา independent – samples t-test และ one-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยรวม 2.94 และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยรวม 3.10 การทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ และประสบการณ์การอบรมมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การอบรม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ควรมีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์แก่เภสัชกรทุกระดับ

คำสำคัญ: ความรู้, เจตคติ, กัญชาทางการแพทย์

¹ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

³ kowitme@yahoo.com



Abstract

This study aims to explore knowledge and attitudes regarding the use of medical cannabis among pharmacists at a community hospital in Sakon Nakhon Province. Sixty - eight samples were selected using a purposive sampling method. Data were collected by the questionnaire on knowledge and attitudes regarding the use of medical cannabis. Data were analyzed by descriptive statistics, independent-sample t-test and one-way ANOVA.

Result showed that the opinion towards knowledge regarding the use of medical cannabis was at a moderate level (mean score = 2.94). The opinion towards attitudes regarding the use of medical cannabis was at a moderate level (mean score =3.10). Hypothesis testing revealed that different personal characteristics on gender and training experience in the use of medical cannabis had an impact on the knowledge regarding the use of medical cannabis. Gender, age, year of work experience and training about the use of medical cannabis had an impact on the attitudes regarding the use of medical cannabis.

This study suggests that the training activities to educate pharmacists at all levels on the use of medical cannabis should be organized.

Keyword: knowledge, attitude, medical cannabis

¹Kusuman Hospital Sakon Nakhon Province

²Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom Nakhon Phanom University

³kowitme@yahoo.com



บทนำ

กัญชาเป็นหนึ่งในพืชสมุนไพรที่เก่าแก่ที่สุด มีการนำกัญชามาใช้เพื่อการบำบัดโรคเกิดขึ้นในยุโรปราวปี ค.ศ.1840 ทศวรรษต่อมา กัญชาได้รับความนิยมเป็นเวลานานๆ ในยุโรปและอเมริกา มีการเตรียมกัญชาในรูปแบบต่างๆ มากกว่า 10 รูปแบบ เช่น ใช้สำหรับรักษาอาการปวดประจำเดือน หืด ไอ นอนไม่หลับ เป็นต้น แต่ในช่วงเวลานั้นไม่มีเครื่องมือควบคุมคุณภาพยาและยาเตรียมที่เป็นมาตรฐานผู้ป่วยจึงมักได้รับยาปริมาณที่น้อยเกินไปจนไม่เห็นผลหรือได้รับมากเกินไปจนเกิดผลข้างเคียง ทำให้การใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษาโรคส่วนใหญ่ถูกทดแทนด้วยยาที่สกัดจากฝิ่น กัญชาจึงค่อยๆ สูญหายไปจากตำรับยาตะวันตกในช่วงปลายทศวรรษ 1950 องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ระบุว่ากัญชาและยาเตรียมจากกัญชาไม่มีประโยชน์ด้านการแพทย์อีกต่อไป⁽¹⁾

ปัจจุบัน หลายประเทศทั่วโลกจึงได้มีการผ่อนปรน โดยการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย เพื่ออนุญาตให้ประชาชนสามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์โดยชอบด้วยกฎหมายได้ บางประเทศอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการนันทนาการอย่างถูกกฎหมาย สำหรับประเทศไทยมีการแก้กฎหมายโดยออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562⁽²⁾ เพื่อให้ใช้กัญชาได้อย่างถูกกฎหมาย โดยอนุญาตให้ใช้ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์โดยเป็นไปตามเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ⁽³⁾ ทั้งนี้กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เผยแพร่คู่มือคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ สรุปลักษณะและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชารักษาได้ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายากและคือต่อยารักษา ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง และภาวะปวดประสาทส่วนผลิตภัณฑ์กัญชาที่น่าจะได้ประโยชน์ ได้แก่ การใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรควิตกกังวล และโรคปลอกประสาทอักเสบ⁽⁴⁾

เมื่อมีการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อที่จะสามารถสั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์น้อย และยังขาดความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้รับบริการเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์^(5,6) ซึ่งอาจส่งผลต่อการเลือกใช้กัญชาเพื่อการรักษาและส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาให้กับผู้ป่วยได้ บุคลากรการแพทย์กลุ่มเภสัชกรมีบทบาทและหน้าที่เกี่ยวข้องกับการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ การจ่ายยา การแนะนำการใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม



แก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และปฏิสัมพันธ์ระหว่าง
 กัญชากับยาอื่น⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และเจตคติต่อการใช้กัญชา
 ทางการแพทย์ของเภสัชกรในประเทศไทย ทำให้ไม่ทราบว่าเภสัชกรมีความรู้และเจตคติต่อการใช้กัญชา
 ทางการแพทย์อยู่ในระดับใด อีกทั้งปัจจัยส่วนบุคคลที่หลากหลายอาจส่งผลกระทบต่อความรู้และเจตคติต่อการ
 ใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของเภสัชกรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้
 กัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมเภสัชกร
 ให้มีความพร้อมในนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกร
2. เพื่อศึกษาเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกร
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลชุมชน
 จังหวัดสกลนคร จำนวน 15 แห่ง ปี พ.ศ. 2562 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วม
 การวิจัย จำนวน 88 คน ได้แบบสอบถามกลับคืนทั้งหมด 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชา
 ทางการแพทย์ 6 ด้าน ได้แก่ ข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์ รูปแบบยาเตรียมของกัญชาทางการแพทย์
 ความเสี่ยงและผลข้างเคียงของการใช้กัญชาทางการแพทย์ ขนาดของการใช้กัญชาทางการแพทย์
 อันตรกิริยาระหว่างยากับกัญชาทางการแพทย์ และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์
 โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ



มีการให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 แทนค่าการประเมินระดับความรู้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ตามลำดับ การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด⁽⁸⁾

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามเจตคติ เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ของ Moeller and Woods⁽⁷⁾ เป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 12 ข้อ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ การใช้กัญชาทางการแพทย์ การใช้กัญชาเพื่อความ เพลิดเพลินและความมั่นใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย คำถามด้านบวก จำนวน 8 ข้อ และ คำถามด้านลบ จำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามด้านบวกเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 แทนค่าการ ประเมินระดับเจตคติ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งตามลำดับ ส่วนข้อคำถามด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน เป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 แทนค่าการประเมินระดับเจตคติ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งตามลำดับ การแปลความหมายค่า คะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด⁽⁸⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้รับการวิเคราะห์ความตรงเชิง เนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.80 - 1.00 เมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จากนั้นหาค่าความเที่ยง โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้เท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามเจตคติ เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้เท่ากับ 0.83 ซึ่งจัดอยู่ในระดับดีมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ และแบบสอบถามเจต คติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทาง การแพทย์จำแนกตามตัวแปรเพศ และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยใช้ การทดสอบที (t-test) และเปรียบเทียบความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์จำแนกตามตัว แปรอายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์การทำงาน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA)



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2562 เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2019-028 รหัสโครงการ 050-2562 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้รับ การรักษาความลับ และการเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม เมื่อกลุ่มวิจัยเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.40 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 55.90 ประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี ร้อยละ 38.20 ตำแหน่งงานผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 75.00 และไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 63.20

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์	\bar{X}	S.D.	ระดับความรู้
1. ข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์	3.29	0.83	ปานกลาง
2. รูปแบบยาเตรียมของกัญชาทางการแพทย์	2.76	0.91	ปานกลาง
3. ความเสี่ยงและผลข้างเคียงของการใช้กัญชาทางการแพทย์	3.37	0.89	ปานกลาง
4. ขนาดของการใช้กัญชาทางการแพทย์	2.62	1.07	ปานกลาง
5. อันตรกิริยาระหว่างยากับกัญชาทางการแพทย์	2.74	0.97	ปานกลาง
6. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ต้องใช้กัญชาทางการแพทย์	2.88	1.14	ปานกลาง
รวม	2.94	0.31	ปานกลาง
รวมทั้งหมด	17.66	5.02	

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$, S.D. = 0.31) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านความเสี่ยงและผลข้างเคียงของกัญชาทางการแพทย์มากที่สุด ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.89) รองลงมาคือ ข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์ ($\bar{X} = 3.29$, S.D. = 0.83) ความรู้เกี่ยวกับขนาดของยาที่ใช้ ($\bar{X} = 2.62$, S.D. = 1.07) มีคะแนนน้อยที่สุด



3. เจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์

ตารางที่ 2 คะแนนเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ (N= 68)

เจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์	\bar{X}	S.D.	ระดับเจตคติ
การใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical use)	3.38	0.28	ปานกลาง
1. การนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ควรเป็นสิ่งที่สามารถทำได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย	3.85	0.96	ดี
2. กัญชามีความปลอดภัยเมื่อนำมาใช้ในการบำบัดรักษาโรค	3.18	0.92	ปานกลาง
3. การนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์เป็นสาเหตุให้อาชญากรรมเพิ่มขึ้น	3.15	0.81	ปานกลาง
4. การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามกฎหมายจะส่งผลให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น	3.18	0.94	ปานกลาง
5. คนส่วนใหญ่ที่สนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามกฎหมายเป็นบุคคลที่เสพยาเสพติด	3.59	0.96	ดี
6. การใช้กัญชาทางการแพทย์ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่าผลเสีย	3.34	0.98	ปานกลาง
การใช้กัญชาเพื่อความเพลิดเพลิน (Recreation use)	2.27	0.56	ค่อนข้างไม่ดี
7. ประชาชนทั่วไปควรจะสามารการใช้กัญชาได้อย่างถูกกฎหมาย	2.18	1.03	ค่อนข้างไม่ดี
8. การใช้กัญชาเพื่อความเพลิดเพลินเป็นสิ่งที่ปลอดภัย	1.76	0.81	ค่อนข้างไม่ดี
9. การใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายไม่ว่ากรณีใดๆ อาจเป็นสาเหตุให้อัตราการก่ออาชญากรรมเพิ่มขึ้น	2.88	1.14	ปานกลาง
ความมั่นใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Confidence)	3.39	0.01	ปานกลาง
10. ฉันรู้สึกสะดวกใจที่จะตอบคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้กัญชาทางการแพทย์	3.38	0.88	ปานกลาง
11. ฉันรู้สึกสะดวกใจที่จะตอบคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัยของการใช้กัญชาทางการแพทย์	3.40	0.93	ปานกลาง
12. ฉันรู้สึกสะดวกใจที่จะตอบคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายของยากับการใช้กัญชาทางการแพทย์	3.41	0.93	ปานกลาง
รวม	3.10	0.59	ปานกลาง
รวมทั้งหมด	37.29	6.80	

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยรวมทุกด้าน 37.29 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.10$, S.D. = 0.59) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ดีต่อด้านความมั่นใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากที่สุด ($\bar{X} = 3.39$, S.D.



= 0.01) รองลงมาคือด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.28) ส่วนด้านการใช้กัญชาเพื่อความเพลิดเพลิน มีคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.56)

4. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร โดยจำแนกตามเพศ และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกร จำแนกตามเพศ และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ตัวแปร	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	Mean Difference	95%CI	p
เพศ							
ชาย	29	19.96	4.93	3.53	4.01	1.74 ถึง 6.28	0.001**
หญิง	39	15.94	4.41				
ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์							
ไม่เคย							
เคย	43	15.20	4.06	-6.86	-6.67	-8.61 ถึง -	<0.001*
	25	21.88	3.49			4.73	*

** $p < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่า เภสัชกรชายมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเภสัชกรหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเภสัชกรที่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเภสัชกรที่ไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับใช้กัญชาทางการแพทย์ของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร จำแนกตามอายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ทำงาน ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำแนกตามอายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์การทำงาน โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA)

ความรู้เกี่ยวกับ การใช้กัญชาทางการแพทย์	\bar{X}	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ		ระหว่างกลุ่ม	3	169.63	56.54	2.38	0.078
20-30 ปี	18.26	ภายในกลุ่ม	64	1519.58	23.74		



ความรู้เกี่ยวกับ การใช้กัญชาทางการแพทย์	\bar{X}	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
31-40 ปี	16.39	รวม	67	1689.22			
41-50 ปี	20.38						
51-60 ปี	19.50						
ตำแหน่งงาน		ระหว่างกลุ่ม	2	136.76	68.38	2.86	0.064
หัวหน้ากลุ่มงาน	20.14	ภายในกลุ่ม	65	1552.45	23.88		
หัวหน้างาน	20.00	รวม	67	1689.22			
ผู้ปฏิบัติ	16.84						
ประสบการณ์การทำงาน		ระหว่างกลุ่ม	5	230.28	46.05	1.957	0.098
1-5 ปี	18.35	ภายในกลุ่ม	62	1458.93	23.53		
6-10 ปี	16.19	รวม	67	1689.22			
11-15 ปี	16.58						
16-20 ปี	22.20						
21-25 ปี	20.28						
26-30 ปี	17.00						

จากตารางที่ 4 พบว่า เกสัชกรที่มีอายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ทำงานแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. การเปรียบเทียบเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยจำแนกตามเพศ และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำแนกตามเพศ และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test)

ตัวแปร	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	Mean Difference	95%CI	p
เพศ							
ชาย	29	39.24	7.79	2.08	3.39	0.14 ถึง 6.64	0.020*
หญิง	39	35.84	5.62				



ตัวแปร	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	Mean Difference	95%CI	p
ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับ							
การใช้กัญชาทางการแพทย์	43	36.09	6.10	-1.95	-3.26	-6.61 ถึง 0.07	0.020*
ไม่เคย	25	39.36	7.53				

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า เกสัชกรชายกับเกสัชกรหญิงมีเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเกสัชกรชายมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ดีกว่าเกสัชกรหญิง

7. การเปรียบเทียบเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเกสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร โดยจำแนกตามอายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์การทำงาน ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำแนกตามอายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์การทำงาน โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA)

เจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์	\bar{X}	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ		ระหว่างกลุ่ม	3	508.62	169.54	4.19	0.009**
20-30 ปี	37.33	ภายในกลุ่ม	64	1589.49	40.46		
31-40 ปี	35.44	รวม	67	3098.11			
41-50 ปี	42.69						
51-60 ปี	37.00						
ตำแหน่งงาน		ระหว่างกลุ่ม	2	229.50	114.75	2.60	0.820
หัวหน้ากลุ่มงาน	40.07	ภายในกลุ่ม	65	2868.61	44.13		
หัวหน้างาน	42.00	รวม	67	3098.11			
ผู้ปฏิบัติ	36.25						
ประสบการณ์การทำงาน		ระหว่างกลุ่ม	5	540.55	108.11	2.62	0.033*
1-5 ปี	37.81	ภายในกลุ่ม	62	2557.56	41.25		
6-10 ปี	34.61	รวม	67	3098.11			
	36.91						



เจตคติต่อการใช้กัญชา ทางการแพทย์	\bar{X}	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
11-15 ปี	42.40						
16-20 ปี	42.85						
21-25 ปี	38.00						
26-30 ปี							

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่า เกสัชกรที่มีอายุแตกต่างกันมีเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเกสัชกรที่มีอายุ 41-50 ปี จะมีเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเกสัชกรที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี และ 31-40 ปี ตามลำดับ และเกสัชกรที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเกสัชกรที่มีประสบการณ์การทำงาน 21-25 ปี และ 16-20 ปี มีเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเกสัชกรที่มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี ส่วนเกสัชกรที่มีตำแหน่งงานแตกต่างกัน มีเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้และเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของเกสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร สามารถอภิปรายผลตามประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ระดับปานกลาง สอดคล้องกับ Szyliowicz และ Hilsenrath⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของสมาคมเกสัชกรรมแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 32 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ระดับน้อยมาก ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Carlini และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์ในรัฐวอชิงตัน ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับระบบการใช้กัญชาในร่างกาย (endocannabinoid system) และการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 3.60 และ 4.10 จากคะแนนเต็ม 10) ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องใหม่ของประเทศไทย ข้อตกลงเบื้องต้นของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่า ผู้สั่งใช้/ผู้จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และได้รับอนุญาตเป็นผู้สั่งใช้/ผู้จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาเท่านั้น⁽⁴⁾ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง



ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.20) ยังไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ระดับปานกลาง

2. กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ระดับปานกลาง โดยด้านความมั่นใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นด้านที่มีระดับคะแนนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moeller และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า นักศึกษาเภสัชกรขาดความมั่นใจในการตอบคำถามแก่ผู้รับบริการด้านประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและปฏิกิริยาต่อกันของยากับการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการศึกษาของ Philpot และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 45.20 ไม่พร้อมที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เนื่องจากมีความตระหนักถึงผลข้างเคียงของการใช้กัญชาทางการแพทย์ซึ่งอาจมีปฏิกิริยาต่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ ยังขาดองค์ความรู้และต้องการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ ส่วนเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่มีระดับคะแนนต่ำที่สุดคือด้านการใช้กัญชาเพื่อความเพลิดเพลิน เภสัชกรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยในการอนุญาตให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาเพื่อความเพลิดเพลิน ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kusturica และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเจตคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของนักศึกษาแพทย์ประเทศเซอร์เบีย ซึ่งพบว่า นักศึกษาแพทย์ ร้อยละ 96 มีความคิดเห็นว่า ผลลัพธ์กัญชาควรจะใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทราบถึงผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาเพื่อความเพลิดเพลิน⁽¹²⁾

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ เพศ และประสบการณ์การทำงาน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การอบรม และประสบการณ์การทำงาน

เพศและประสบการณ์การอบรมมีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เภสัชกรเพศชายมีความรู้และเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเภสัชกรเพศหญิงสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์จะมีความรู้และเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยอบรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Mendoza และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นหลังผ่านการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



เภสัชกรที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเภสัชกรที่อายุระหว่าง 21-30 ปี และ 31-40 ปี อธิบายได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 84.61) ดังนั้นการมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้เภสัชกรมีความมั่นใจและเกิดเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

เภสัชกรที่มีประสบการณ์การทำงาน 16-25 ปี มีเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเภสัชกรที่มีประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า เภสัชกรที่มีประสบการณ์การทำงานมาแล้ว 16-25 ปี มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่า จึงทำให้มีเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่าเภสัชกรที่มีจำนวนปีของประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรจัดให้มีการอบรมด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับเภสัชกรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการพัฒนาความรู้และเจตคติที่ดีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์
2. ควรสนับสนุนให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับใช้กัญชาทางการแพทย์ในหลักสูตรการศึกษาของเภสัชกรทุกระดับ เพื่อเตรียมความพร้อมของเภสัชกรในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์
3. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาความคิด ความเชื่อ ความแตกต่างด้านเพศต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างยิ่งขึ้น และศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องใช้กัญชาทางการแพทย์ ต่อความรู้ เจตคติและความมั่นใจของเภสัชกรในการปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และเภสัชกรทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Woodbridge, M. สุชาดา นิลกำแพง วิลคินส์ และวารุณี เสวตประวิชกุล. (แปล). ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์: หนังสือแนะนำการใช้กัญชาเพื่อบำบัดรักษาโรค. กรุงเทพฯ: องค์การเภสัชกรรม ; 2562.



2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 19 ก วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF
3. สุนทร พุทธศรีจารุ. การพัฒนามาตรการทางกฎหมายควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์และการนำไปสู่การปฏิบัติ. ว. อาหารและยา. 2562; 26: 10-19.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำ การใช้กัญชาทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงจาก <https://mnfda.fda.moph.go.th/narcotic/wpcontent/uploads/2021/04/Guidance-Updated-v-update-V.4260464.pdf>
5. Szyliowicz, D. & Hilsenrath, P. Medical Marijuana knowledge and Attitudes: A Survey of the California Pharmacists Association. J Prim Care Community Health. 2019; 10: 1-6.
6. MacCallum, C.A. & Russo, E.B. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. Eur. J. Intern. Med. 2018; 49: 12-19.
7. Moeller, K.E. & Woods, B. Pharmacy student's knowledge and attitudes regarding medical marijuana. Am. J. Pharm. Educ. 2015; 79: 1-8.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
9. Carlini, B.H., Garrett, S.B. & Carter, G.T. Medical Cannabis: A Survey Among Health Care Providers in Washington State. AJHPM. 2015; 34: 1-7.
10. Philpot, L.M., et al. A survey of the attitudes, beliefs and knowledge about medical cannabis among primary care providers. BMC Fam. Pract. 2019; 20: 1-7.
11. Kusturica, M.P., et al. Medical cannabis: Knowledge and attitudes of prospective doctors in Serbia. Saudi Pharm J. 2019; 2: 320-305.
12. Wang, T., et al. Adverse effect of medical cannabinoids: a systematic review. CMAJ. 2008; 178: 1669- 1678.
13. Mendoza, K & McPherson, M.L. Knowledge, skill, and attitudes regarding the use of medical cannabis in the hospice population: An educational intervention. AJHPM. 2018; 35: 759-766.



ผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effect of elastic band exercise program on lower - extremity muscle strength in elderly with
chronic kidney disease stages 3 of Kuchinarai Kalasin

Received: October 19, 2021

Revised: January 03, 2022

Accepted: January 30, 2022

นวดิ เทศศรีเมือง¹

Nawadee Thessrimuang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาทีในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 จำนวน 22 คน อายุระหว่าง 60-78 ปี ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดจำนวน 11 ท่า ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย พร้อมทั้งแจกแผ่นพับการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเอง อาสาสมัครฝึกออกกำลังกายที่บ้าน 3 ครั้ง/สัปดาห์และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาทีก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครมีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาที เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาทีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 สามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์



Abstract

This quasi-experimental design study was aimed to investigate effect of elastic band exercise program on lower-extremity muscle strength and mean of Six-minute walk test in elderly with chronic kidney disease stages 3. The participants consist of 22 patients with chronic kidney disease stages 3 aged 60-78 years. The research method was experimental for 8 weeks with 11 forms of applied elastic band exercise. During the experimental period, the subjects received program to promote physical exercise with the application of exercise using an elastic band, exercise demonstration and practice, manual distribution and exhibition arrangement. The participants performed exercise training 3 times/week for 8 weeks and were follow up participants by phone called once a week. Descriptive data by descriptive statistics such as mean, standard deviation etc. Comparative analyses were used Paired Sample t-test with significant level at 0.05.

The results showed that there was a significant difference in mean score of lower-extremity muscle strength with a .01 level of significance and mean of Six-minute walk test was a significant difference with a .01 level of significance.

In conclusion, Finding of this study showed that the home exercise program using elastic band exercise program improved a lower-extremity muscle strength and mean of Six-minute walk test in elderly with chronic kidney disease stages 3 and elastic band exercise program was a tool which can be used for exercise with chronic kidney disease stages 3 and chronically older adults.

Keyword: Elastic band Exercise Program, chronic kidney disease, lower-extremity muscle strength

¹Kuchinarai Crown Prince Hospital



บทนำ

ความบกพร่องทางกายภาพ (physical inability) จัดเป็นตัวชี้วัดชนิดหนึ่งที่สำคัญในการทำนายถึงความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต หรือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระบบหัวใจและปอด⁽¹⁾ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแม้ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการล้างไตก็มีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อปลายขาตกลงอย่างชัดเจน⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีค่าสมรรถภาพทางกายซึ่งประเมินจากระดับของการใช้ออกซิเจนสูงสุด (maximal oxygen consumption, VO₂ max)* ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 50-80 เมื่อเทียบกับรายทั่วไป⁽³⁾ โรคไตเรื้อรังจะทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) นำไปสู่ภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation) และ ภาวะทุพพลภาพ (disability) ตามลำดับ การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ผู้ป่วยลดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ภาวะจำกัดในการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพลงได้ เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม จะเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจและปอดและความแข็งแรงได้⁽⁴⁻⁸⁾

การออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นวิธีการออกกำลังกายแบบหนึ่งที่ถูกนำมาประยุกต์ดัดแปลงใช้เป็นอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายที่มีราคาถูก และสามารถพกพาได้สะดวก จุดเด่นของการออกกำลังกายด้วยยางยืดคือยางยืดจะมีปฏิกิริยาสะท้อนกลับหรือมีแรงดึงกลับจากการถูกดึงให้ยืดออกที่เรียกว่า Stretch reflex ทุกครั้งที่ยางถูกดึงให้ยืดออก ซึ่งเป็นคุณสมบัติพิเศษของยางยืดดังกล่าวส่งผลต่อการช่วยกระตุ้นระบบประสาท ส่วนที่รับรู้ความรู้สึกดึงของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Proprioception) ให้มีปฏิกิริยาการรับรู้และตอบสนองต่อแรงดึงของยางที่กำลังถูกยืด⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยางยืดสามารถนำมาใช้เป็นอุปกรณ์ในการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise) พบว่ามีส่วนในการพัฒนาเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อได้อีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรม Rhonda, Jacqui and Maria (2008)⁽¹⁰⁾ พบว่า การฝึกแบบ Progressive resistance training (PRT) ช่วยชะลอกล้ามเนื้อลีบ (Sarcopenia) และเพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัวในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kronhed, et al.⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา ด้วยยางยืดต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชนประเทศสวีเดน พบว่า หลังการฝึกผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น และการศึกษาของฉัตรกมล สิงห์น้อย, พรชัย จุลเมตต์และอวยพร ตั้งธงชัย (2559)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับ 1 พบว่า ช่วยพัฒนาสมรรถภาพด้านระบบการหายใจและหลอดเลือดที่มีค่าสูงขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีค่าสูงขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อให้มากขึ้น และมีสมรรถภาพด้านการทรงตัวและความว่องไวได้เร็วขึ้น แต่ไม่มีผลต่อการความดันโลหิตตัวล่าง ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายด้วยยางยืดช่วยพัฒนาการความแข็งแรงของร่างกายนับเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการออกกำลังกาย



ด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 เพื่อเป็นการศึกษาประสิทธิภาพการออกกำลังกายด้วยยางยืด ว่ามีความเหมาะสม ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและพัฒนาเป็นรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3
2. เพื่อศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาที ในผู้สูงอายุที่ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) การออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาทีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 22 คน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังสิ้นสุดระยะเวลาการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 22 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 60–78 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้อ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมาของ ทิติภา ศรีสมชัยและคณะ⁽¹³⁾ เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีอายุระหว่าง 60–80 ปี และมีประวัติพบแพทย์เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 คือมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 30–59 ml/min/1.73m² 2) ไม่เคยออกกำลังกายหรือออกกำลังกายบ้างนานๆ ครั้ง (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 3) ในระยะเวลา 2 เดือนก่อนการทดลองและไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย 4) มีโทรศัพท์ติดตัวได้ 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก 1) มีอาการปวดข้อ ผ่าตัดข้อมือ เท้า เข่า หรือสะโพก 2) มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่เป็นข้อห้ามสำหรับการออกกำลังกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยได้รวบรวมท่าออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังจากการศึกษาของฉัตรกมล สิงห์น้อย, พรชัย จุลเมตต์



และอวยพร ตั้งธงชัย (2559)⁽¹²⁾ จำนวน 11 ท่าที่ผ่านกระบวนการพัฒนา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ความเที่ยง โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านนักวิทยาศาสตร์การกีฬา แพทย์ด้านอายุรศาสตร์และ นักกายภาพบำบัดทั้งสิ้นจำนวน 5 ท่าน พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.81 ก่อนนำ โปรแกรมการออกกำลังกายไปใช้กับอาสาสมัคร ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 คน โดยเก็บข้อมูลห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายท่าละ 4 ครั้ง แล้วบันทึกผลอัตราการเต้น ของหัวใจหลังการออกกำลังกายแต่ละท่า นำไปคำนวณความหนักของงานจากสูตรและหาค่าเฉลี่ย

$$\text{ความหนักของงาน} = \frac{\text{อัตราการเต้นของหัวใจขณะนั้น} \times 100}{\text{อัตราการเต้นหัวใจสูงสุด (220-อายุ)}}$$

เมื่อออกกำลังกายครบ 11 ท่า พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจ เฉลี่ยเท่ากับ 88.80 ครั้งต่อนาที (ครั้งที่ 1 เท่ากับ 89.10 ครั้งต่อนาที และครั้งที่ 2 เท่ากับ 88.50 ครั้งต่อนาที) นอกจากนั้นมีค่าเฉลี่ยของความหนัก ของงานครั้งที่ 1 เท่ากับ 56.50 และครั้งที่ 2 เท่ากับ 57.01 สอดคล้องกับ Roshanravan และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ให้คำแนะนำค่าความหนักเบาของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคไตเรื้อรังอยู่ที่ร้อยละ 55-70 ของ MHR และทำการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของ โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และจากการนำไปใช้ฝึกออกกำลังกายกับอาสาสมัคร 5 คน พบว่ามีความเข้าใจเนื้อหาและสามารถออกกำลังกายด้วยยางยืดได้และไม่เกิดความผิดปกติ ขณะออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองในการนำออกกำลังกายด้วยยางยืด โดยฝึก การออกกำลังกายด้วยยางยืดจำนวน 11 ท่า จนสามารถนำออกกำลังกายได้ ก่อนนำโปรแกรมการออก กายไปใช้กับอาสาสมัคร

1.2 แผ่นพับการออกกำลังกายด้วยยางยืดสำหรับผู้ป่วย เพื่อเป็นคู่มือสำหรับฝึกปฏิบัติ ออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน

1.3 แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยยางยืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้อาสาสมัครใช้เพื่อบันทึก จำนวนครั้งของการออกกำลังกายในระยะทดลองสัปดาห์ที่ 1-8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ คั่งนิมวตกาย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.2 เครื่องมือและแบบบันทึกในการประเมินทดสอบความแข็งแรงและทนทานของ กล้ามเนื้อขา โดยนับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนจนสุดและนั่งลงในลักษณะสลับขึ้นลง เป็น ระยะเวลา 30 วินาที (30 Second chair stand test)

2.3 เครื่องมือและแบบบันทึกในการประเมินระยะทางเป็นเมตรที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ ในเวลา 6 นาที (Six-minute walk test [6MWT])



2.4 ยางยืดออกกำลังกาย 8-Shape Resistance Tube วัสดุ สาย TPE และด้ามจับโฟมขนาด 6 x 9 x 1,000 มม. ความหนักเทียบเท่า 10 lbs (4.5kg)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 สัปดาห์ที่ 1 อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยการออกกำลังกายด้วยยางยืด ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทดสอบความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อขาเป็นระยะเวลา 30 วินาที (ครั้งที่ 1) และประเมินระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ภายในเวลา 6 นาที (ครั้งที่ 1) จากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำและสาธิตการออกกำลังกายด้วยยางยืดจำนวน 11 ท่า ท่าละ 5 ครั้ง พร้อมกับให้ผู้ช่วยปฏิบัติตาม ใช้เวลา 40 นาที แนะนำสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย ก่อนกลับผู้วิจัยมอบแผ่นพับการออกกำลังกายด้วยยางยืดและแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเองให้แก่อาสาสมัคร เพื่อให้กลุ่มอาสาสมัครฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดจำนวน 11 ท่า ตามแผ่นพับการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในวันจันทร์ พุธและวันศุกร์ โดยสัปดาห์แรกฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 5 ครั้ง/วัน ประเมินย้อนกลับโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันศุกร์ เพื่อให้อาสาสมัครซักถามปัญหาในประเด็นที่สงสัย ให้กำลังใจ คำแนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายและประเมินความสามารถของอาสาสมัคร เพิ่มจำนวนครั้งของการออกกำลังกายด้วยยางยืดเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าในการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มอาสาสมัครฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดจำนวน 11 ท่า ตามแผ่นพับการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 ครั้งในวันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์ โดยสัปดาห์ที่ 2 ฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 6 ครั้ง/วัน สัปดาห์ที่ 3 ฝึกท่าละ 7 ครั้ง/วัน สัปดาห์ที่ 4 ฝึกท่าละ 8 ครั้ง/วัน และสัปดาห์ที่ 5 ฝึกท่าละ 9 ครั้ง/วัน สัปดาห์ที่ 6 ฝึกท่าละ 10 ครั้ง/วัน สัปดาห์ที่ 7 ฝึกท่าละ 11 ครั้ง/วัน และสัปดาห์ที่ 8 ฝึกท่าละ 12 ครั้ง/วัน หลังฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดครบ 8 สัปดาห์ อาสาสมัครได้รับการประเมินทดสอบความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อขาเป็นระยะเวลา 30 วินาที (ครั้งที่ 2) และประเมินระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ภายในเวลา 6 นาที (ครั้งที่ 2)

การเก็บรวบรวมข้อมูล		
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2 – สัปดาห์ที่ 7	สัปดาห์ที่ 8
1. สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. ทดสอบ 30 Second chair stand test (ครั้งที่ 1) 3. ทดสอบ 6MWT (ครั้งที่ 1) 4. ฝึกการออกกำลังกายด้วยยางยืด จำนวน 11 ท่า ท่าละ 5 ครั้ง	1. อาสาสมัครออกกำลังกายที่บ้านตามแผ่นพับการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้งในวันจันทร์ พุธและวันศุกร์ โดยเพิ่มจำนวนครั้งในการออกกำลังกายแต่ละสัปดาห์ดังนี้ - สัปดาห์ที่ 2 ฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 6 ครั้ง/วัน - สัปดาห์ที่ 3 ฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 7 ครั้ง/วัน - สัปดาห์ที่ 4 ฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 8 ครั้ง/วัน - สัปดาห์ที่ 5 ฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 9 ครั้ง/วัน	1. ฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 12 ครั้ง/วัน สัปดาห์ละ 3 ครั้งในวันจันทร์ พุธ และวันศุกร์ 2. ทดสอบ 30 Second chair stand test (ครั้งที่ 2) 3. ทดสอบ 6MWT (ครั้งที่ 2)



การเก็บรวบรวมข้อมูล		
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2 – สัปดาห์ที่ 7	สัปดาห์ที่ 8
5. มอบแผ่นพับและแบบบันทึกการออกกำลังกาย	- สัปดาห์ที่ 6 ฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 10 ครั้ง/วัน - สัปดาห์ที่ 7 ฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดท่าละ 11 ครั้ง/วัน	
6. อาสาสมัครออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 ครั้งในวันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์	2. โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์ในวันศุกร์	

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic Analysis) ข้อมูลลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics Analysis) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อขาเป็นระยะเวลา 30 วินาที และประเมินระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ภายในเวลา 6 นาทีของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มการออกกำลังกายและหลังการออกกำลังกายด้วยยางยืดสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่สองกลุ่มสัมพันธ์กัน (paired sample t-test) เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) และมีความแปรปรวน (Variance) เท่ากัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รับรองวันที่ 12 กรกฎาคม 2564 เลขที่ KLS.REC33/2564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 จำนวน 22 คน เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน เพศหญิง จำนวน 13 คน มีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอภูพานารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอายุเฉลี่ย 68.32 ± 4.87 ปี (อายุระหว่าง 60-78 ปี) น้ำหนักมีค่าเฉลี่ย 61.34 ± 15.34 กิโลกรัม (36-90 กิโลกรัม) ส่วนสูงมีค่าเฉลี่ย 156.45 ± 8.354 เซนติเมตร (144-171 เซนติเมตร) ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 24.80 ± 4.81 กิโลกรัม/เมตร² (16-35 กิโลกรัม/เมตร²) อาสาสมัครทุกคนได้รับการ



วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 อัตรากรองของไต (eGFR) มีค่าเฉลี่ย 38.99 ± 7.93 ml/min/1.73m² (30.55-59.00 ml/min/1.73m²) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร

ลักษณะทั่วไป	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หรือจำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	61.34 ± 15.34^a
หญิง	13(59.1)
อายุ (ปี)	68.32 ± 4.874^a
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	156.45 ± 8.354^a
BMI (กิโลกรัม/เมตร ²)	24.80 ± 4.81^a
eGFR (ml/min/1.73m ²)	38.99 ± 7.93^a

^a คือ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ผลการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยพบว่า อาสาสมัครมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเมื่อประเมินด้วย 30 Second chair stand test เท่ากับ 13.86 ± 3.16 ครั้ง และหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 17.82 ± 2.48 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยยางยืดพบว่า ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเมื่อประเมินด้วย 30 Second chair stand test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อประเมินด้วย Six-minute walk test ก่อนเข้าร่วมการวิจัยได้ระยะทางเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 311.18 ± 46.05 เมตร และหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8 ได้ระยะทางเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 354.68 ± 55.90 เมตร เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยยางยืดพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะทางเป็นเมตรที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาทีหลังการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดมากกว่าก่อนการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเมื่อประเมินด้วย 30 Second chair stand test และค่าเฉลี่ยระยะทางเป็นเมตรเมื่อประเมินด้วย Six-minute walk test [6MWT] ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายด้วยยางยืดในอาสาสมัครผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 22 คน

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พิสัย)		Paired t-test	
	ก่อนการออกกำลังกาย	หลังการออกกำลังกาย	t	p-value
30 Second chair stand test (ครั้ง)	13.86 \pm 3.16 ^a (7-19)	17.82 \pm 2.48 ^a (12-21)	-8.632	0.000**
Six-minute walk test (เมตร)	311.18 \pm 46.05 ^a (259 - 480)	354.68 \pm 55.905 ^a (260 - 540)	-8.240	0.000**

**มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายด้วยยางยืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$, a คือ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

การออกกำลังกายด้วยยางยืด 8 สัปดาห์ ทำให้อาสาสมัครผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 มีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยระยะทางเป็นเมตรที่สามารถเดินบนพื้นราบได้ในเวลา 6 นาที หลังการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดมากกว่าก่อนการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดในอาสาสมัครผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 โดยอาสาสมัครฝึกออกกำลังกายเองที่บ้าน 3 วัน/สัปดาห์ ใช้ระยะเวลารวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามในวันศุกร์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกายและประเมินความสามารถของอาสาสมัครเพื่อเพิ่มจำนวนครั้งในการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดจากการโทรศัพท์สอบถามพบว่า อาสาสมัครปฏิบัติตามโปรแกรมออกกำลังกายได้ไม่เท่ากัน แต่ส่วนมากสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมออกกำลังกายได้ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และอาสาสมัครทั้งหมดไม่มีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น จากการสอบถามปัญหาอุปสรรคพบว่า ในสัปดาห์แรกที่มีการออกกำลังกาย มีอาสาสมัครบางคนที่ไม่มั่นใจว่าปฏิบัติทำออกกำลังกายตามแผนพบได้ถูกต้องหรือไม่ ผู้วิจัยจึงช่วยอธิบายเพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้าใจในการปฏิบัติออกกำลังกายในแต่ละท่า ทำให้อาสาสมัครมีความเข้าใจ มีความมั่นใจและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติออกกำลังกายด้วยยางยืดตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง หลังการฝึกออกกำลังกายครบ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเมื่อประเมินด้วย 30 Second Chair Stand test และ Six-minute walk test ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมการออกกำลังกายด้วยยางยืดไปปฏิบัติด้วย



ตัวเองที่บ้านพบว่า อาสาสมัครที่นำโปรแกรมออกกำลังกายไปปฏิบัติมีแนวโน้มค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา ก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยของอาสาสมัครเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขาของอาสาสมัครจากการทดสอบลุกนั่งเก้าอี้ 30 วินาที เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งในการทดสอบสมรรถภาพของอาสาสมัครครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยการลุกขึ้นจากเก้าอี้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (เกณฑ์ปกติของค่าการลุกขึ้นจากเก้าอี้เท่ากับ 12-18 ครั้ง) เนื่องจากโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดจำนวน 11 ท่า ที่อาสาสมัครฝึกออกกำลังกายประกอบด้วย การฝึกโดยใช้กลุ่มกล้ามเนื้อตั้งแต่หัวไหล่ แขน ออก ลำตัว สะโพก ต้นขา และหัวเข่า ซึ่งเป็นการใช้ยางยืดเพื่อสร้างความอดทนให้กล้ามเนื้อโดยการยืดและหดกล้ามเนื้อเพื่อช่วยพัฒนาการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้สัมพันธ์กันและมีความยืดหยุ่นดีขึ้น เมื่อออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นการฝึกความอดทนและเพิ่มความแข็งแรงของมวลกล้ามเนื้อ โดยการดึงยางที่มีแรงต้าน เพิ่มน้ำหนักไปที่กลุ่มกล้ามเนื้อหลักๆ ทุกส่วนของร่างกาย ตามหลักการฝึกค่อยเป็นค่อยไป โดยเพิ่มความก้าวหน้าการฝึกในแต่ละสัปดาห์จะช่วยทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อให้แข็งแรงเพิ่มขึ้น⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพรรัตน์ ล้อมแพน และหทัยรัตน์ ราชนาวิ (2562)⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ โดยฝึก 3 วัน ต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อผู้สูงอายุจำนวน 40 คน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบนั่งยกน้ำหนัก 30 วินาที พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนการทดสอบด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6 MWT) คือ การทดสอบเพื่อประเมินสมรรถภาพของระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบโลหิต จิตใจ และระบบกล้ามเนื้อ หรือเป็นการทดสอบเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดในแต่ละท่าจะมีการฝึกหายใจร่วมด้วย โดยการฝึกหายใจเข้าและออกช้าๆ ตามจังหวะในการดึงยางยืดแต่ละครั้ง นอกจากนี้แรงต้านจากการดึงยางยืดในทิศทางต่างๆ ส่งผลให้ปอดมีการขยายตัวและเพิ่มออกซิเจนส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ซึ่งจากการประเมินสมรรถภาพทางกายด้านความทนทานของปอดและหัวใจโดยการทดสอบด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6 MWT) พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ สีขำ และคณะ (2553)⁽¹⁷⁾ พบว่า การใช้ยางยืดรัดรอบอกขณะออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อที่ใช้หายใจ และกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจมีความแข็งแรงมากขึ้น โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง



นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครง ทำให้ปริมาตรของอากาศเข้า และออกจากปอดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น

การฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นกิจกรรมหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระดูก ช่วยป้องกันและชะลอการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ เอ็นข้อต่อ และกระดูก ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของโครงสร้างร่างกาย นอกจากนี้การออกกำลังกายที่บ้านโดยใช้ยางยืดเป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก ปลอดภัย สามารถทำเองที่บ้าน ดังนั้น ก่อนนำการออกกำลังกายด้วยยางยืดไปใช้กับผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ควรศึกษาหลักการและวิธีฝึกเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการฝึก สามารถแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ของการฝึก การฝึกที่ถูกวิธีนอกจากจะช่วยให้กล้ามเนื้อมีพัฒนาการที่รวดเร็วและยังป้องกันการบาดเจ็บจากการฝึกได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุมทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 ได้
2. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบในเวลา 6 นาทีที่ดีขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในติดตามผลการทดลอง เพื่อศึกษาผลในระยะยาวของการออกกำลังกายด้วยยางยืด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่ได้ให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาการทำวิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการตลอดจนบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุญชรารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่และอำนวยความสะดวกในการประสานงาน ขอขอบพระคุณอาสาสมัครพื้นที่อำเภอกุญชรารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bellizzi V, Cupisti A, Capitanini A, Calella P, D'Alessandro C. Physical activity and renal transplantation. *Kidney Blood Press Res.* 2014;39(2-3):212-9.
2. Roshanravan B, Gamboa J, Wilund K. Exercise and CKD: Skeletal Muscle Dysfunction and Practical Application of Exercise to Prevent and Treat Physical Impairments in CKD. *Am J Kidney Dis.* 2017;69(6):837-52.



3. Heiwe S, Jacobson SH. Exercise training in adults with CKD: a systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis.* 2014;64(3):383-93.
4. Painter P, Carlson L, Carey S, Paul SM, Myll J. Physical functioning and health-related quality-of-life changes with exercise training in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2000;35(3):482-92.
5. Lo CY, Li L, Lo WK, Chan ML, So E, Tang S, et al. Benefits of exercise training in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis.* 1998;32(6):1011-8.
6. DePaul V, Moreland J, Eager T, Clase CM. The effectiveness of aerobic and muscle strength training in patients receiving hemodialysis and EPO: a randomized controlled trial. *Am J Kidney Dis.* 2002;40(6):1219-29.
7. Mustata S, Chan C, Lai V, Miller JA. Impact of an exercise program on arterial stiffness and insulin resistance in hemodialysis patients. *J Am SocNephrol.* 2004;15(10):2713-8.
8. vanVilsteren MC, de Greef MH, Huisman RM. The effects of a low-to-moderate intensity pre-conditioning exercise programme linked with exercise counselling for sedentary haemodialysis patients in The Netherlands: results of a randomized clinical trial. *Nephrol Dial Transplant.*2005;20(1):141-6.
9. เจริญ กระบวนรัตน์.(2550).ยาง...ยืดชีวิตพิชิตโรค.กรุงเทพฯ:คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.2550:1-8.
10. Rhonda, O., Jacqui, R., and Maria, F. (2008). Efficacy of progressive resistance training on balance performance in older adults: A Systematic Review of randomized controlled trials. *Journal of Sports Medicine.* 38(4): 317- 343.
11. Kronhed AG, Moller C, Olsson B, et al. The effect of short-term balance training on community dwelling older adults. *J Aging Phys Act.* 2001;9(1): 19-31. doi: 10.1123/japa.9.1.19
12. ฉัตรกมล สิงห์น้อย, พรชัย จุลเมตต์ และอวยพร ตั้งธงชัย.(2559) รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มหาวิทยาลัยบูรพา:1-222.
13. Srisamai T, Nakmareong S, Yonglitthipagon P, Siritaratiwat W, Auvichayapat P, Sawanyawisuth K, Janyachoen T. Effects of traditional Thai boxing exercise program on physical performance in elderly Thai subjects: A pilot study. *Chula Med J* 2017 Nov -Dec;61(6): 745 – 55.



14. Loampan T., Rachnavy H. Muscle Strength and Endurance after Elastic Band Exercise Training in Older Adults. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima.2019;25(2):148-167.
15. Mustata S, Chan C, Lai V, Miller JA. Impact of an exercise program on arterial stiffness and insulin resistance in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol. 2004;15(10):2713-8.
16. เจริญ กระบวนรัตน์. (2549). ยางยืดพิชิตโรค. กรุงเทพฯ: แกรนด์สปอร์ต.
17. หทัยรัตน์ สีขำ, วัลลีย์ ภัทโรภาส, & ราตรี เรืองไทย. (2553). ผลของการฝึกซึ่งก่ร่วมกับการใช้ยางยืดรัดรอบอกที่มีต่อสมรรถภาพปอดใน ผู้สูงอายุ. วิทยาสารก แพงแสน, 8(2), 65-78.



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
 ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

FACTORS RELATED TO SELF-CARE BEHAVIOR OF THE ELDERLY
 IN THE RESPONSIBLE AREA OF SOMDET HOSPITAL KALASIN

Received: October 01, 2021

Revised: February 25, 2022

Accepted: March 04, 2022

จารุเพ็ญ ภูจอมจิต¹

Jaruphen Phujomjit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาปัจจัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 535 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ค่าไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า 1) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=2.34$, S.D.=0.29) 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.12$, S.D.=0.27) 3) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยการดูแลสุขภาพด้านออกกำลังกายและการดูแลทำความสะอาดพื้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการไม่สูบบุหรี่ ด้านการไม่ดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพตนเอง, ปัจจัย, ผู้สูงอายุ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

The objectives of this research were as follow: (1) to study self-care behavior of the elderly and (2) to study the self-care factors of the elderly that have related to self-care behavior of the elderly in the responsible area of Somdet Hospital Kalasin. To collect data by questionnaire from the 535 samples of elderly 60 years old up who live in the responsible area of Somdet Hospital Kalasin, Tambol Somdet, Umpher Somdet, Kalasin. To analyze data by descriptive statistics as Percentage, Mean, and Standard deviation, and Inferential statistics by using Chi-Squared values.

The results of this study were; 1) The self-care of the elderly in overview was the high level ($\bar{X}=2.34$, S.D.=0.29), 2) The self-care behavior of the elderly in overview was the medium level ($\bar{X}=2.12$, S.D.= 0.27), 3) The personal factors in education that have related to the self-care behavior of the elderly statistically significant at 0.05, 4) The personal factors in gender, age, status, occupation, health, and getting advice that did not have related to the self-care behavior of the elderly, 5) The health care factors in exercising and dental care that have related to the self-care behavior of the elderly statistically significant at 0.05, and 6) The food factors, emotion factors, no smoking factor, don't drink alcohol factor that did not have related to the self-care behavior of the elderly.

Keywords: self-care, factor, elderly

¹ Bachelor of Public Health program students, Faculty of Public Health Khon Kaen University

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ ซึ่งการสูงวัยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงในตนเองอย่างมากทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองตั้งแต่การไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่จะพัฒนาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองสูงขึ้น⁽²⁾ ทั้งนี้ปัญหาสำคัญที่พบของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ ซึ่งสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนไปจากการป่วยด้วยการติดเชื้อเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมหรือความเสี่ยงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่รุนแรงมากขึ้น มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแล



สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้สูงอายุบางกลุ่มเกิดความเครียดสูง เนื่องจากสภาวะครอบครัวและทางสังคม ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ปัญหาเหล่านี้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จึงเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งจะช่วยลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดโรคร้ายต่าง ๆ และลดภาระการดูแลจากครอบครัว สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สามารถพัฒนาสุขภาพของบุคคลได้ สามารถเรียนรู้ได้เปลี่ยนแปลงและส่งเสริมได้ โดยเชื่อว่าการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องเป็นการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในระยะยาวอย่างยั่งยืน⁽³⁾

จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.46 ของประชากร⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์ จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ นอกจากส่งผลทางด้านสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม ได้แก่ อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสในครัวเรือนก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน และยังพบปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลหรือขาดคนช่วยเหลือจากชุมชน หรือได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่มีคุณภาพ รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการได้รับความดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันอีกด้วย⁽⁵⁾ ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะสามารถแก้ไขได้ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเข้มแข็ง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นสุข ผู้สูงอายุเองต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ มาสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งนำมาสู่คำถามการวิจัย 2 ประการ คือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะช่วยให้ได้ข้อมูลอันเป็นบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุเป็นพื้นฐานสู่การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับปัจจุบันและเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิธีวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ตำบลสมเด็จ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,041 คน⁽⁶⁾ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการศึกษา ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) อายุ 60 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้พิการทุพพลภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ตำบลสมเด็จ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 535 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ Multiple logistic regression ของ Hisieh *et al.*, (1998)⁽⁷⁾ ดังนี้

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

แทนค่า n = ขนาดตัวอย่าง

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96 \text{ เมื่อกำหนด } \alpha = 0.05$$

$$Z_{1-\beta} = 0.84 \text{ เมื่อกำหนด } \beta = 0.20 \text{ เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80}$$

โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) ในผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ค่าสัดส่วนต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$P = \text{ค่าสัดส่วนของการเกิดเหตุการณ์} = 0.53 \text{ (Hisieh et al., 1998)}$$

$$P_0 = \text{ค่าสัดส่วนระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มที่มีระดับมาก} = 0.51$$

(Hisieh *et al.*, 1998)



P_1 = ค่าสัดส่วนระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มที่มีระดับน้อย
 และปานกลาง = 0.8 (Hisieh *et al.*, 1998)

B = ค่าสัดส่วนของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งหมด = 0.06 (Hisieh *et al.*, 1998)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแบบวัดความรู้
 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส 1 พ ของคนไทยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จากกองสุศึกษา
 และขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
 สูงสุดอาชีพ รายได้ต่อเดือน ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ
 เลือกตอบ ประกอบด้วย ประเด็นคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย
 ด้านไม่สูบบุหรี่ ด้านไม่ดื่มสุรา และด้านการดูแลทำความสะอาดพื้น ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 18 ข้อ
 โดยกำหนดลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)
 ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และเห็นด้วย (3 คะแนน) เกณฑ์ในการประเมินการดูแลสุขภาพตนเองของ
 ผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงของเบทส์ (Best, 1981)⁽¹⁰⁾ ได้ช่วงคะแนนแบ่งออกเป็น
 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมเหล่านั้นอยู่ในระดับน้อย
 ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมเหล่านั้นอยู่ในระดับปานกลาง
 และค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมเหล่านั้นอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ
 เลือกตอบ ประกอบด้วย ประเด็นคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น
 ด้านการจัดการความเครียด ด้านการพักผ่อน และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมีจำนวนรวม
 ทั้งหมด 22 ข้อ โดยกำหนดลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ
 (1 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) เกณฑ์ในการประเมิน
 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีกำหนดอันตรายภาคชั้นโดย
 นำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ โดยอิงของเบทส์ (Best, 1981)⁽⁸⁾
 ได้ช่วงคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือ
 มีพฤติกรรมเหล่านั้นอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรม
 พฤติกรรมเหล่านั้นอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือ
 มีพฤติกรรมเหล่านั้นอยู่ในระดับมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบและทดสอบด้วยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบ 3 ท่าน ตรวจสอบถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหาของคำถามในแต่ละข้อ จากนั้นนำมาปรับปรุงและแก้ไข เพื่อให้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้เที่ยงตรงในเชิงเนื้อหาตามที่ต้องการแล้วนำผลพิจารณาคะแนนของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) มีค่า IOC เท่ากับ 0.97 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทำการทดสอบ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ที่สามารถให้ข้อมูลได้ที่เหลือจากการสุ่มตัวอย่าง โดยการนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีครอนบาค Cronbach (1951) ⁽⁹⁾ โดยใช้ประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) เท่ากับ 0.897

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าสถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่า Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักตามประกาศของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ISH GCP) เลขที่ HE 64210 ลงวันที่เมื่อ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

1. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.30 อายุ 60-65 ปี ร้อยละ 39.60 อายุน้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 39.60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.90 ระดับการศึกษา อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 25.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 23.70 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 55.90 ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ร้อยละ 86.20 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.30

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.31 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า



ผู้สูงอายุแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.34 รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 ด้านอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.35 ด้านไม่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 และผู้สูงอายุสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการดูแลสุขภาพความสะอาดพื้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.93 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.23 และด้านไม่ดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.27 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 รองลงมา คือ ด้านการพักผ่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านโภชนาการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.21 และด้านการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.77 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 และมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย คือ ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.25 ตามลำดับ

2. การศึกษาปัจจัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

การศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลทางประชากรกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการวิเคราะห์ใช้สถิติ Chi square test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบและปัจจัยอื่น พิจารณา ค่า p-value ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ การได้รับคำแนะนำ และภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านออกกำลังกาย ด้านการไม่สูบบุหรี่ด้านการไม่ดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ



ส่วนการออกกำลังกายและการดูแลทำความสะอาดฟันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลทางประชากรกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบ (N = 535)

ลักษณะข้อมูลทางประชากร	ระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (%)		OR (95% CI)	P-value
	ปานกลาง	มาก		
เพศ				0.556
หญิง	175 (91.62)	16 (8.38)	1	
ชาย	320 (93.02)	24 (6.98)	0.82 (0.42 – 1.59)	
อายุ				0.292
น้อยกว่า 65 ปี	193 (91.03)	19 (8.97)	1	
65 ปี ขึ้นไป	302 (93.50)	21 (6.50)	0.706 (0.37 – 1.35)	
สถานภาพ				0.869
สมรส	415 (92.43)	34 (7.57)	1	
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	79 (91.86)	7 (8.14)	0.93 (0.38 – 2.28)	
ระดับการศึกษา				0.150*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	111 (95.69)	5 (4.31)	1	
สูงกว่าประถมศึกษา	384 (91.65)	35 (8.35)	2.02 (.774-5.29)	
อาชีพ				0.271
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ รับจ้าง /ค้าขาย	156 (90.70)	16 (9.30)	1	
เกษตรกร/ไม่ได้ประกอบอาชีพอื่นๆ	339 (93.39)	24 (6.61)	0.69 (0.36 – 1.34)	
รายได้				0.831
น้อยกว่า 10,000 บาท	276 (92.31)	23 (7.69)	1	
10,000 บาท ขึ้นไป	219 (92.80)	17 (7.20)	0.93 (0.49 – 1.79)	
การได้รับคำแนะนำ				0.899
ไม่เคย	417 (92.46)	34 (7.54)	1	
เคย	78 (92.86)	6 (7.14)	.943 (0.38 – 2.32)	



ลักษณะข้อมูลทาง ประชากร	ระดับพฤติกรรมการดูแล		OR (95% CI)	P-value
	ตนเองของผู้สูงอายุ (%)			
	ปานกลาง	มาก		
ภาวะสุขภาพ				0.237
มีความแข็งแรง แต่ จำเป็นต้องได้รับการดูแล ในบางกิจวัตร/มีภาวะป่วย แต่ยังสามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้/มีภาวะป่วย ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ	71 (95.95)	3 (4.05)	1	
มีความแข็งแรงและ สามารถพึ่งตนเองได้	424 (91.97)	37 (8.03)	0.48 (.15 – 1.61)	
อาหาร				0.370
เห็นด้วยปานกลาง	397 (93.19)	29 (6.81)	1	
เห็นด้วยมาก	98 (89.91)	11 (10.09)	1.40 (0.67 – 2.93)	
อารมณ์				0.340
เห็นด้วยปานกลาง	110 (94.83)	6 (5.17)	1	
เห็นด้วยมาก	385 (91.89)	34 (8.11)	1.55 (.63 – 3.82)	
ออกกำลังกาย				0.020*
เห็นด้วยปานกลาง	131 (97.76)	3 (2.24)	1	
เห็นด้วยมาก	364 (90.78)	37 (9.22)	4.23 (1.28 – 14.01)	
ไม่สูบบุหรี่				0.910
เห็นด้วยปานกลาง	361 (92.56)	29 (7.44)	1	
เห็นด้วยมาก	134 (92.41)	11 (7.59)	1.04 (.50 – 2.17)	
ไม่ดื่มสุรา				0.990
เห็นด้วยปานกลาง	482 (92.70)	38 (7.30)	1	
เห็นด้วยมาก	13 (86.67)	2 (13.33)	1.78 (.38 – 8.33)	
การดูแลทำความสะอาดพื้น				0.00*
เห็นด้วยปานกลาง	492 (92.48)	40 (7.52)	1	
เห็นด้วยมาก	3 (100)	0 (0)	0 (0)	



สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีพื้นฐานความรู้เดิม มีแหล่งความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข จากรายการ โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อต่างๆ ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ และจัดกิจกรรมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร และด้านไม้สูบบุหรี่ และผู้สูงอายุดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการดูแลทำความสะอาดฟัน และด้านไม้ดื่มน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักพัฒนาการพลศึกษาสุขภาพนันทนาการ กรมพลศึกษา (2557)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมักมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในด้านอารมณ์ ด้านโภชนาการและการกินอาหาร ด้านการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่และการไม่ใช้สารเสพติด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข อีกทั้งประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาและยามว่างของผู้สูงอายุ คือ การทำบุญ จึงทำให้ผู้สูงอายุยึดถือหลักคำสอนของพุทธศาสนาให้หลีกเลี่ยงอบายมุขทั้งปวง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรายุส ดุลยเกียรติ (2563)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง มีการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการกินอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การไม่ใช้ยาเสพติด โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีความรู้และมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง การให้ความสนใจเอาใจใส่ต่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพถือว่าเป็นหลักสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการมีสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับเกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า บุคคลทุกวัย โดยเฉพาะเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุการกินอาหารอย่างถูกต้องได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมัน งดเว้นการดื่ม ชา กาแฟ และสุรา การพักผ่อนหรือนอนหลับเต็มที่และเพียงพอกับความต้องการของร่างกายแต่ละคนจะเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลที่ดี นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ (2559)⁽¹³⁾ พบว่า ผู้สูงอายุไทยพุทธบ้านนาโปลิ่ง มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากในด้านอาหาร ด้านอารมณ์ และด้านอบายมุขและสิ่งเสพติด โดยผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้อง Orem (1980)⁽³⁾ กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีต่อไป



พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.27 เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทางด้านร่างกาย มีความเสื่อมลงตามอายุขัย สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย จี๋หงุดหงิด มีความวิตกกังวล ซึ่งอาจเกิดจากการเจ็บป่วย หรือจากการเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย กังวลกับโรคประจำตัวของตนเอง เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุขาดความใส่ใจการดูแลสุขภาพเท่าที่ควร จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับมากในด้านการตรวจสุขภาพประจำปีและด้านการพักผ่อน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับปานกลางในด้านโภชนาการ และด้านการจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับน้อยในด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2561)⁽¹⁴⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ชาติพหล (2564)⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้สูงอายุตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมืองนครราชสีมา มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก ทั้งนี้ ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2561)⁽¹⁴⁾ อธิบายไว้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากจะเป็นต้นทุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมและลดภาระการพึ่งพิงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom (1956)⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่า การแสดงออกของบุคคลในระยะเวลาหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันย่อมมีเหตุที่ทำให้แต่ละบุคคลแสดงออกด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งเหมือนและต่างกัน บางครั้งเกิดจากประสบการณ์ ความรู้ ความคิด ความเชื่อของแต่ละคน สิ่งเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่จะส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แต่หากขาดความรู้หรือทัศนคติที่ไม่ดี อาจทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้เช่นกัน

2. การศึกษาปัจจัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ในปัจจุบันมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้บุคคลไม่ว่าจะเป็นเพศใด อายุเท่าไร มีสถานภาพ อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำอย่างไรก็ตาม ย่อมจะมีสิทธิที่เท่าเทียมกันและต้องการดูแลสุขภาพตนเองเหมือนกัน ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จึงไม่ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แต่ความต้องการและสามารถตอบสนองได้ตามความต้องการจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและเกิดการยอมรับที่จะรู้จักปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ อรวรรณ แสนบริสุทธิ์ และเลิศชัย เจริญชัยนฤกษ์ (2563)⁽¹⁷⁾ ซึ่งพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วย และการ



ได้รับคำแนะนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขประเสริฐ ทับสี (2563)⁽¹⁸⁾ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองจะมีแนวโน้มให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดีขึ้น และปัจจัยด้านการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และ ทักษะที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองซึ่งผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะสามารถแสวงหาความรู้ เพื่อนำมาพิจารณาในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาถือว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้สามารถรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลต่างๆ ได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1982)⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องและความถี่ของพฤติกรรมโดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมที่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจริงจึงส่งผลให้มีระดับการดูแลสุขภาพสูงกว่าการไม่มีการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สุขประเสริฐ ทับสี (2563)⁽¹⁸⁾ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ วราภรณ์ ซาติพล (2564)⁽¹⁵⁾ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมืองนครราชสีมา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศธร ศิลาเงิน (2560)⁽²⁰⁾ ซึ่งได้พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการไม่สูบบุหรี่ ด้านการไม่ดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรายุส ดุลยเกียรติ (2563)⁽¹¹⁾ พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองในด้านการกินอาหาร ด้านอารมณ์ และการใช้สารเสพติด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีพื้นฐานความรู้เดิม มีแหล่งความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข จากรายการ โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อต่างๆ ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ และจัดกิจกรรมในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับผู้อื่นในวัยเดียวกันจึงไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว ปรับตัวและยอมรับตัวเองได้ง่ายขึ้น สนับสนุนให้พวกเขามีความนับถือในตัวเอง ช่วยดูแลสุขภาพ ทำให้จิตใจสดชื่น มีความภูมิใจในชีวิต จัดการกับสภาวะอารมณ์ เป็นต้น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ



ส่วนปัจจัยด้านออกกำลังกายและการดูแลทำความสะอาดพื้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ วราภรณ์ ชาดิพล (2564)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ออกกำลังกายและการดูแลทำความสะอาดพื้นผู้สูงอายุตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมืองนครราชสีมา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพราะการศึกษาจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นการลดช่องว่างของความไม่เท่าเทียม ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรสนับสนุนให้มีกระบวนการหรือโครงการในการที่จะให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพราะองค์ความรู้เดิมของผู้สูงอายুবวกกับองค์ความรู้ใหม่ๆ ย่อมเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ต่อตัวของผู้สูงอายุให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า การออกกำลังกายและการดูแลทำความสะอาดพื้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้น บุคคลภายในครอบครัวหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรรู้ให้คำแนะนำหลัก ให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายและการดูแลทำความสะอาดพื้นด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัย อันจะเป็นการนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร. ดาริวรรณ เศรษฐิธรรม ที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่เพื่อใช้ในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลในการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N08-02-61-1.aspx>
2. อินทกานต์ กุลไวย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/262813>
3. Orem, D.E. Nursing: concept of practice. 2ed. McGraw-Hill: New York; 1980.



4. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ประชากรทะเบียนราษฎรจังหวัดกาฬสินธุ์ 31 ธ.ค. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/home.php>
5. สำนักงานจังหวัดกาฬสินธุ์. สถานการณ์และการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [http://www.Kalasin.go.th/official website/2013](http://www.Kalasin.go.th/official_website/2013).
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้ากาฬสินธุ์. ฐานข้อมูลระบบ HosXp โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้ากาฬสินธุ์; 2563.
7. Hisieh, F.Y., Bloch, D.A., & Larsen, M.D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in medicine* 1998; 17(14); 1623-1634.
Best, J. *Research in Education* (4th ed). London: Prentice-Hall International; 1981.9. Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*; 1951; 16(3); 297-334.
8. สำนักพัฒนาการพลศึกษาสุขภาพนันทนาการ กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2557.
9. จิรายุส คุณเกียรติ. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2563; 29(5): 783-789.
10. เกษม ตันติผลาชีวะ, กุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2528.
11. ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก, พรฤดี นิธิรัตน์. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท : กรณีศึกษาย่านนาโป่ง ตำบลท่าเสา อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี* 2559; 8(2): 96-111.
12. ศิริสุข นาคะเสนีย์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี* 2561; 12(1): 39-48.
13. วราภรณ์ ชาติพหล, นฤมล เวชจักรเวร, เบญญา หมั่นไชสง, นิรชา น้ำกระโทก, ฉวีริกา เรียงจอหอ. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. ตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ สคช* 2564; 27(2): 71-79.
14. Bloom, B. *Taxonomy of educational objectives, Handbook 1 Cognitive domain*. New York: David McKay; 1956.



15. อรวรรณ แสนบริสุทธิ์, เกศชัย เจริญชัยฤกษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุในตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; 13(2): 14-25.
16. สุขประเสริฐ ทับสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระเจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563; 3(1): 14-30.
17. Pender. N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, Norwalk; 1982.
18. พงศธร ศิลาจิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.



ความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมออกกำลังกายที่ส่งผลต่อ ภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Nutrition Knowledge, Foods Consumption and Exercise Behavior Effect to Nutritional Status in Adolescent at Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Received: December 07, 2021

Revised: February 02, 2022

Accepted: March 23, 2022

กริช เรืองไชย¹, อภิญญา อูตระกูล²

Krich Ruangchai¹, Apinya Uttrachai²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมออกกำลังกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี อาศัยในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 474 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหาร กึ่งปริมาณ แบบวัดความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมออกกำลังกาย และแบบบันทึกภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.76 อายุเฉลี่ย 16.8 ปี (S.D. = 2.57) อยู่ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 33.65 ใช้จ่ายในการบริโภคอาหารประมาณ 41-60 บาทต่อวัน ร้อยละ 47.89 เข้าถึงสถานที่จำหน่ายอาหารจากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 50.00 มีความรู้ด้านโภชนาการเฉลี่ย 7.26 (S.D. = 1.95) การออกกำลังกายแบบกิจกรรมเบา ร้อยละ 46.60 ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย 10.91 นาทีต่อวัน (S.D. = 3.14) มีภาวะน้ำหนักตามส่วนสูงเกิน ร้อยละ 31.90 น้ำหนักตามอายุเกินอายุ ร้อยละ 35.00 และส่วนสูงตามอายุค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย ร้อยละ 29.50 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าการบริโภคอาหารในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อภาวะโภชนาการที่เพิ่มขึ้นกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.38, 95\% \text{ CI} = 0.272-0.416$) พฤติกรรมออกกำลังกายที่ลดน้อยลงมีผลต่อภาวะโภชนาการที่เพิ่มมากขึ้นกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = -0.403, 95\% \text{ CI} = -0.357-(-0.500)$) สรุปการวัดความรู้ด้านโภชนาการไม่สามารถบ่งบอกถึงความบกพร่องด้านโภชนาการของเด็กวัยรุ่น แต่พฤติกรรมบริโภค

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

³ Krich@vru.ac.th



อาหารและการออกกำลังกายเป็นปัจจัยหลักสำหรับการควบคุมภาวะโภชนาการที่ต้องเกิดการปฏิบัติควบคู่กันเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการควบคุมภาวะโภชนาการของวัยรุ่น

คำสำคัญ : การบริโภคอาหาร, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, ภาวะโภชนาการ

Abstract

This cross-sectional descriptive study is aim to analyze nutrition knowledge, foods consumption and exercise behavior effect to nutritional status in adolescent at Phra Nakhon Si Ayutthaya province. The sample were adolescent form Bang Pa-in, Wang Noi districts and selected by multi-stage sampling method. Using semi-food frequency questionnaire, nutrition knowledge test, exercise behavior assessment and nutrition status record collected. Pearson correlation coefficient was analyzed association of nutrition knowledge, foods consumption and exercise behavior with nutritional status.

The result showed that female (60.76%). The average age of 16.8 (S.D. = 2.57) years old . The four grade students (33.65%), spent of food estimated 41 to 60 bath per day (47.89%), buy food from convenience stores (50.00%). The average nutrition knowledge of 7.26 (S.D. = 1.95), very little exercise The average was 10.91 (S.D. = 3.14) minutes/day (46.6%). The nutritional status is overweight (31.90%), overweight for age (35.0%), relatively short and short (29.5%). Food consumption was significantly correlated with nutritional status ($r = 0.38$, 95% CI = 0.272-0.416). Exercise behavior was significantly correlated with nutritional status ($r = 0.403$, 95% CI = -0.357-(-0.500)). Conclusion, nutrition knowledge assessment cannot be indicative of adolescent nutritional deficiencies, but dietary and exercise behavior is complementary practices the main factor for effective adolescent nutritional control.

Keywords : Food Consumption, Exercise Behavior, Nutritional status

¹Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage.

²Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage.

³Krich@vru.ac.th



บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ปัจจุบันพบว่าประชากรมีภาวะโภชนาการเกินเริ่มป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) มีอายุเฉลี่ยลดลง และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เส้นเลือดตีบ และเลือดเป็นกรด เป็นต้น⁽¹⁷⁾ โดยเฉพาะภาวะโภชนาการเกินของเด็กและวัยรุ่นส่งผลต่อการเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น⁽²⁶⁾ จากข้อมูลประชากรทั่วโลกอายุ 5–18 ปี มีภาวะโภชนาการเกินประมาณ 340 ล้านคน และมีประมาณ 38.2 ล้านคน ป่วยด้วยโรคอ้วน⁽²⁷⁾ ในประเทศไทยพบวัยรุ่นอายุ 15–18 ปี เริ่มป่วยด้วยโรคอ้วนประมาณร้อยละ 7.60 และมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 22.30 ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่อยู่ในกลุ่มกึ่งเมืองกึ่งชนบท⁽²⁸⁾ เด็กที่มีปัญหาน้ำหนักเกินส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ การบริโภคอาหารในกลุ่มที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉลี่ยคนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ได้รับพลังงานอย่างน้อยเฉลี่ยวันละ 2,500 กิโลแคลอรี การได้พลังงานเกินจากมื้ออาหารว่างที่มีพลังงานเท่ากับมื้ออาหารหลัก ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การบริโภคอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 70 ต่อมื้อ และการไม่บริโภคผักผลไม้ เป็นต้น⁽³⁾ โดยเฉพาะการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวานจะมีอายุอยู่ในช่วง 14–19 ปี และวัยดังกล่าวร่างกายยังไม่แสดงอาการออกมาชัดเจนเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารเกินความต้องการของร่างกาย จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกินความต้องการ โดยไม่เกิดความตระหนักต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดี⁽⁷⁾ แต่อย่างไรก็ตามการบริโภคอาหารของวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือไม่ถูกนำมาเผยแพร่ในรูปแบบของโซเชียลมีเดีย ซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพทำให้วัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงเข้าถึงได้ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 33.10 ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ⁽¹⁹⁾

จากการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มอายุ 14–18 ปี มีการออกกำลังกายเฉลี่ย 8 นาทีต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายด้วยการวิ่งและเดินร้อยละ 60⁽⁵⁾ การออกกำลังกายทำให้เกิดการรวมกลุ่มโดยมีวัตถุประสงค์อื่นๆ ที่ทำให้ออกกำลังกายไม่เกิดการออกกำลังกาย เช่น การนัดหมายไปท่องเที่ยวหลังการออกกำลังกาย และบริโภคอาหารหลังออกกำลังกาย เป็นต้น⁽²⁾ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่เกิดประโยชน์เป็นการให้ทางเลือกในการตัดสินใจขั้นพื้นฐานสู่การปฏิบัติต่อการควบคุมสารอาหารและการออกกำลังกาย⁽⁸⁾ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลการบริโภคอาหาร การประเมินภาวะโภชนาการ และการนำข้อมูลไปสู่การปฏิบัติได้⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามแนวโน้มของภาวะโภชนาการเกินในเด็กและวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ปี ที่ผ่านมาจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 25 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะการเข้าถึงอาหารที่มีปริมาณไขมัน และน้ำตาลคือ เวเฟอร์เคลือบช็อกโกแลต มันฝรั่งทอด โรตีสี ขนมหอมกรอบ และเครื่องดื่มรสหวานชาไข่มุก เป็นต้น⁽⁷⁾ ความรู้



ด้านโภชนาการเป็นจุดเริ่มต้นการเข้าถึงข้อมูลการได้รับสารอาหาร และเป็นข้อมูลที่สามารถทำความเข้าใจได้อย่างถูกต้อง โดยไม่เป็นภาระในชีวิตประจำวัน⁽¹⁾ เด็กวัยรุ่นในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาส่วนใหญ่เป็นเด็กที่อาศัยในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่สามารถเข้าถึงอาหารที่หลากหลายรูปแบบรวมทั้งไปถึงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ⁽²⁸⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีความพร้อมในการเรียนรู้เนื้อหาและทักษะชีวิตเบื้องต้นกลุ่มวัยรุ่นจำเป็นต้องมีทักษะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมภาวะโภชนาการเพื่อนำไปใช้เกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่⁽¹³⁾ และความสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการเป็นพฤติกรรมพื้นฐานก่อนการเข้าสู่การเลือกบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปได้⁽¹²⁾ แต่อย่างไรก็ตามการเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารและนำไปสู่การควบคุมภาวะโภชนาการตนเอง โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีการเข้าถึงอาหารได้ง่าย ทำให้ขาดการคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากความผิดพลาดในการบริโภคอาหาร การให้ความสำคัญในการออกกำลังกายที่ลดลง และความรู้ด้านโภชนาการที่ยังไม่เกิดความครอบคลุมและเหมาะสมตามวัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสนใจในการศึกษาข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายกับภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ประชากรในการศึกษาคือ วัยรุ่นอายุ 15-18 ปี สุ่มตัวอย่างจากพื้นที่อำเภอบางปะอิน และอำเภอมั่นขวัญใจ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 6,293 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร⁽¹¹⁾



$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2\sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2\sigma^2}$$

การคำนวณขนาดตัวอย่างผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านโภชนาการที่มีค่าเท่ากับ 0.4⁽⁴⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 237 คน กลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยทำการสุ่มพื้นที่โดยวิธีการจับฉลากอำเภอจำนวน 2 อำเภอ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไม่มีความแตกต่างเชิงพื้นที่เนื่องจากมีลักษณะเป็นกิ่งเมืองกิ่งชนบท อำเภอที่สุ่มได้คือ อำเภอวังน้อย และอำเภอบางปะอิน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มพื้นที่ตำบลภายในอำเภอจำนวน 2 ตำบล และขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างง่ายจากข้อมูลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ สุ่มจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีการศึกษา 2563 สุ่มตามกลุ่มนักเรียนที่อาศัยในตำบล (Cluster random sampling) ในกรณีมีการสุ่มแบบกลุ่มผู้วิจัยได้คำนวณค่าผลกระทบกลุ่มตัวอย่างเข้าไป (Design effect)⁽²⁰⁾ 2 เท่า เนื่องจากไม่มีงานวิจัยอ้างอิง โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 474 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นแบบสอบถามให้ตอบเองจำนวน 3 ส่วน และแบบบันทึกภาวะโภชนาการ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความรู้ มีทั้งหมด 10 ข้อคำถามมีลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด ประเมินการให้คะแนนความรู้เต็ม 10 คะแนนจัดระดับความรู้โดยนำคะแนนรวมมาจัดระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ ตามเกณฑ์⁽⁹⁾ ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.70 ค่าระดับความยากง่าย (p) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.40-0.70 ค่าอำนาจการจำแนกมีค่ามากกว่า 0.40 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ KR-20 ของ Kuder-Richardson มีค่าเท่ากับ 0.75 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการบริโภคอาหารเป็นแบบสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหารแบบกึ่งปริมาณ (Semi-food frequency questionnaire) ประกอบไปด้วยรายการอาหารจำนวน 25 รายการ ประมวลผลการบริโภคอาหารออกมาเป็น พลังงาน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน โซเดียม และน้ำตาล โดยใช้โปรแกรม INMUCAL Nutrient⁽²¹⁾

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยบันทึกในลักษณะของชนิดของการออกกำลังกายโดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 ประเภทคือ ออกกำลังกายกิจกรรมหนัก ออกกำลังกายกิจกรรมปานกลาง ออกกำลังกายกิจกรรมเบา และบันทึกระยะเวลาของการออกกำลังกายในแต่ละครั้งย้อนหลัง 7 วัน

แบบบันทึกภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน โดยใช้เกณฑ์ของกรมอนามัยประเมินในเด็กอายุ 0-18 ปี บันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง และอายุ ลงแบบบันทึกโดยผู้วิจัยทำการประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient)⁽²⁶⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการเคารพตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล การยินยอมหรือความสมัครใจ ไม่ทำให้เกิดความเสียหายทางร่างกาย จิตใจ และอื่นๆ เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนการเก็บข้อมูล โดยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล แนบแบบชี้แจงสำหรับผู้ปกครองและอาสาสมัคร ไปยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่านผู้ปกครอง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.76 มีอายุเฉลี่ย 16.8 ปี เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 35.65 มีค่าใช้จ่ายในการบริโภคอาหารประมาณ 41–60 บาทต่อวัน ร้อยละ 47.89 และเข้าถึงสถานที่จำหน่ายอาหารจากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 50.00 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=474)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	186 (39.24)
หญิง	288 (60.76)
อายุเฉลี่ย 16.8 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.57, ต่ำสุด 15 ปี, สูงสุด 18 ปี	
ระดับชั้นปี	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4	169 (35.65)
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	161 (33.97)
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	144 (29.38)
ค่าใช้จ่ายการบริโภคอาหาร	
น้อยกว่า 40 บาทต่อวัน	88 (18.57)
ประมาณ 41–60 บาทต่อวัน	227 (47.89)
ประมาณ 61–80 บาทต่อวัน	106 (22.36)
มากกว่า 81 บาทต่อวัน	53 (11.18)



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
สถานที่จำหน่ายอาหาร	
ร้านสะดวกซื้อ	237 (50.00)
ห้างสรรพสินค้า	23 (4.85)
ตลาดนัด	46 (9.70)
ร้านอาหาร	168 (35.45)

ความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า ข้อคำถามความรู้ที่มีการตอบผิดสูงสุด ได้แก่ การบริโภคผักผลไม้มากกว่า 200 กรัม ถือว่าบริโภคเหมาะสมร้อยละ 76.37 ส่วนข้อคำถามความรู้ด้านโภชนาการที่ตอบถูกสูงสุด ได้แก่ ภาวะโภชนาการ หมายถึง สถานะร่างกายที่บ่งบอกถึงความเป็นสุขภาพดีจากการควบคุมสารอาหารและออกกำลังกาย ร้อยละ 98.10 เป็นต้น ซึ่งภาพรวมความรู้ด้านโภชนาการเฉลี่ย 7.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.95 ค่าต่ำสุด 2 คะแนน ค่าสูงสุด 10 คะแนน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง (n=474)

ความรู้ด้านโภชนาการรายชื่อ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ผิด	ถูก
สารอาหารทุกชนิดมีอยู่ในอาหารมื้อหลักที่หลากหลาย	57 (12.03)	417 (87.97)
การบริโภคขนมให้อิ่มสามารถทดแทนอาหารมื้อหลักได้	372 (74.48)	102 (21.52)
การดื่มน้ำผลไม้สำเร็จรูปสามารถทดแทนการบริโภคผลไม้ได้	286 (60.34)	188 (39.66)
การบริโภคผักผลไม้มากกว่า 200 กรัม ถือว่าบริโภคเหมาะสม	362 (76.37)	112 (23.63)
ไขมันจากน้ำมันงา น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย เป็นไขมันที่ดีต่อสุขภาพ	283 (59.70)	191 (40.30)
อาหารหลัก 5 หมู่ ประกอบไปด้วย เนื้อ นม ไข่ กุ้ง และกะหล่ำปลี	227 (47.89)	247 (52.11)
การบริโภค 1 หน่วย คือ ฉลากแนะนำการบริโภคอาหารบรรจุหึ่งบรรจุภัณฑ์	309 (65.19)	165 (34.81)
ฉลากโภชนาการแนะนำการบริโภคอาหารเป็นหน่วยบริโภคต่อวัน	108 (22.78)	366 (77.22)
เครื่องดื่มรสหวานทุกชนิดมีส่วนประกอบของคาร์โบไฮเดรตเป็นสารอาหารหลัก	153 (32.28)	321 (67.72)
ภาวะโภชนาการ คือ ร่างกายที่บ่งบอกถึงความเป็นสุขภาพดีจากการควบคุมสารอาหารและออกกำลังกาย	9 (1.90)	465 (98.10)
ภาพรวมความรู้เฉลี่ย 7.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.95 ค่าต่ำสุด 2 คะแนน ค่าสูงสุด 10 คะแนน		



การบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารมื้อหลักมากกว่า 3 มื้อ/วัน ร้อยละ 46.84 ความถี่ในการบริโภคขนมทุกวันร้อยละ 68.35 ความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานทุกวัน ร้อยละ 55.47 กิจกรรมร่วมขณะรับประทานขนมและดื่มเครื่องดื่มรสหวานด้วยการเล่นโทรศัพท์ ร้อยละ 77.22 แหล่งร้านค้าที่นิยมซื้ออาหารบริโภคจากร้านค้าทั่วไป/ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 88.19 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การบริโภคอาหาร (n=474)

การบริโภคอาหาร	จำนวน (ร้อยละ)
การบริโภคอาหารมื้อหลัก	
1 มื้อ/วัน	5 (1.05)
2 มื้อ/วัน	97 (20.46)
3 มื้อ/วัน	150 (31.65)
มากกว่า 3 มื้อ/วัน	222 (46.84)
ความถี่ในการบริโภคขนม	
ทุกวัน	324 (68.35)
4-6 ครั้ง/สัปดาห์	133 (28.06)
1-3 ครั้ง/สัปดาห์	17 (3.59)
ความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน	
ทุกวัน	263 (55.47)
4-6 ครั้ง/สัปดาห์	105 (22.15)
1-3 ครั้ง/สัปดาห์	54 (11.40)
บริโภคน้อยมาก	52 (10.98)
กิจกรรมร่วมขณะรับประทานขนมและดื่มเครื่องดื่มรสหวาน	
ดูทีวี	319 (67.84)
เล่นเกมส์	246 (51.90)
เล่นร่วมกิจกรรมทางโรงเรียน	208 (43.88)
เล่นโทรศัพท์	366 (77.22)
เล่นกับเพื่อน	153 (32.28)
นั่งเล่นหรือนั่งพัก	202 (42.62)
แหล่งร้านค้าที่นิยมซื้ออาหารบริโภค	
ร้านค้าทั่วไป/ร้านสะดวกซื้อ	418 (88.19)



การบริโภคอาหาร	จำนวน (ร้อยละ)
ตลาดสด, ตลาด, ตลาดนัด	86 (18.14)
ห้างสรรพสินค้า	134 (28.27)
รถขายเร่, รถพุ่มพวง	29 (6.11)

ปริมาณพลังงาน และสารอาหารที่ได้รับจากอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร 2,259.30 กิโลแคลอรีต่อวัน คาร์โบไฮเดรต 309.60 กรัมต่อวัน โปรตีน 32.50 กรัมต่อวัน ไขมัน 56.90 กรัมต่อวัน โซเดียม 3,911.70 มิลลิกรัมต่อวัน น้ำตาล 39.20 กรัมต่อวัน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปริมาณสารอาหารจากการบริโภคอาหารต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง (n=474)

ชนิดสารอาหาร	ปริมาณที่ได้รับต่อวัน
พลังงาน (กิโลแคลอรี) $\bar{x} \pm SD$	2,259.3 \pm 1,146.10
คาร์โบไฮเดรต (กรัม) $\bar{x} \pm SD$	309.6 \pm 101.20
โปรตีน (กรัม) $\bar{x} \pm SD$	32.5 \pm 12.90
ไขมัน (กรัม) $\bar{x} \pm SD$	56.9 \pm 29.50
โซเดียม (มิลลิกรัม) $\bar{x} \pm SD$	3,911.7 \pm 1320.80
น้ำตาล (กรัม) $\bar{x} \pm SD$	39.2 \pm 13.70

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกายแบบกิจกรรมเบา ร้อยละ 46.60 โดยมีระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย 10.91 นาทีต่อวัน รองลงมาคือ ออกกำลังกายกิจกรรมปานกลาง ร้อยละ 32.73 ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย 6.83 นาทีต่อวัน และออกกำลังกายกิจกรรมหนัก ร้อยละ 20.67 ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย 4.02 นาทีต่อวัน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย (n=474)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	ร้อยละ	ระยะเวลาในการออกกำลังกาย	
		\bar{X}	S.D.
ออกกำลังกายกิจกรรมหนัก	20.67	4.02	1.26
ออกกำลังกายกิจกรรมปานกลาง	32.73	6.83	1.93
ออกกำลังกายกิจกรรมเบา	46.60	10.91	3.14
ภาพรวม	100.00	7.25	2.11



ภาวะโภชนาการ พบว่า เหน้ที่น้ำหนักตามส่วนสูงโดยมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 31.90 เหน้ที่น้ำหนักตามอายุโดยมีน้ำหน้ที่เกินเกณฑ์อายุ ร้อยละ 35.00 และเหน้ที่ส่วนสูงตามอายุค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย ร้อยละ 29.50 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง (n=474)

	ภาวะโภชนาการ	ร้อยละ
น้ำหน้ที่ตามส่วนสูง		
อ้วน	(>+3 SD)	6.30
เริ่มอ้วน	(>+2 SD. ถึง +3 SD.)	9.50
ท้วม	(+1.5 SD. ถึง +2 SD.)	16.10
สมส่วน	(-1.5 SD. ถึง +1.5 SD.)	66.10
ค่อนข้างผอม	(<-1.5 SD. ถึง -2 SD.)	2.00
ผอม	(<-2 SD)	0.00
น้ำหน้ที่ตามอายุ		
น้ำหน้ที่มากกว่าเกณฑ์	(>+2 SD)	5.70
น้ำหน้ที่ค่อนข้างมาก	(>+1.5 SD. ถึง +2 SD.)	29.30
น้ำหน้ที่ตามเกณฑ์	(-1.5 SD. ถึง +1.5 SD.)	50.90
น้ำหน้ที่ค่อนข้างน้อย	(<-1.5 SD. ถึง -2 SD.)	14.10
น้ำหน้ที่น้อยกว่าเกณฑ์	(<-2 SD)	0.00
วสูงตามอายุ		
สูงกว่าเกณฑ์	(>+2 SD)	4.80
ค่อนข้างสูง	(>+1.5 SD. ถึง +2 SD.)	10.60
น้ำหน้ที่ตามเกณฑ์	(-1.5 SD. ถึง +1.5 SD.)	55.10
ค่อนข้างเตี้ย	(<-1.5 SD. ถึง -2 SD.)	18.50
เตี้ย	(<-2 SD)	11.00

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การบริโภครอาหารในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อภาวะโภชนาการที่เพิ่มขึ้นกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.38, 95\% \text{ CI} = 0.272-0.416$) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ลดน้อยลงมีผลต่อภาวะโภชนาการที่เพิ่มมากขึ้นกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = -0.403, 95\% \text{ CI} = -0.357-(-0.500)$) และความรู้ด้านโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (ดังตารางที่ 6)



ตารางที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกับภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตัวแปร	ภาวะโภชนาการ		
	r	95% CI	P-value
ความรู้ด้านโภชนาการ	0.090	0.076-0.099	0.239
การบริโภคอาหาร	0.380	0.272-0.416	<0.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-0.403	-0.357(-0.500)	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562)⁽²²⁾ กล่าวว่า ความรู้ด้านโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา อุดระชัย, กริช เรืองไชย (2561)⁽⁷⁾ กล่าวว่า กลไกของการเกิดความรู้ ก่อนการเข้าสู่การปฏิบัติทั้งในปัจจุบันและอนาคตต้องเป็นความรู้ที่มาจากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huxtable, A., Millar, L., Love, P., Bell, C., & Whelan, J. (2018)⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า กระบวนการเกิดความรู้ด้านโภชนาการเกิดจากการปฏิบัติ และการปฏิบัติเป็นประจำสามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Nimmagadda, S., et. al. (2019)⁽²³⁾ กล่าวว่า ความรู้ด้านโภชนาการในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ควรเสริมสร้างเพื่อใช้เป็นความรู้พื้นฐาน ก่อนการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางด้านส่งผลให้เกิดการละเลยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ

การบริโภคอาหารส่วนใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เกินความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Izydorczyk, B., and Sitnik-Warchulska, K. (2018)⁽²⁴⁾ การบริโภคอาหารที่มีปริมาณที่มากเกินความต้องการของร่างกายจะส่งผลให้ร่างกายเกิดความต้องการในอาหารในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละครั้งที่บริโภคอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu, Y., Kalarchian, M. A., Ma, Q., & Groth, S. W. (2021)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า การได้รับสารอาหารมากเกินไปร่างกายจะเกิดกระบวนการเผาผลาญพลังงานที่ผิดปกติไปสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldschmidt, A. B., et. al. (2015)⁽¹³⁾ การบริโภคอาหารมากเกินไปจะส่งผลต่อการเกิดโรคอ้วน และภาวะความดันโลหิตสูงก่อนเป็นลำดับแรก และมีภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพอื่นๆ เพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายไปไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้ตามเดิม

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายในระยะเวลาที่น้อยมาก ส่งผลให้ร่างกายเกิดการไม่เผาผลาญพลังงาน⁽¹²⁾ การออกกำลังกายในระยะเวลาที่สั้นลงจะส่งผลทำให้ร่างกายเกิด



ภาวะเหนื่อยสะสมและส่งผลต่อการไม่ออกกำลังกายในครั้งต่อไป⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ เพยกลาง, เบญจมา มุกตพันธ์. (2562)⁽¹¹⁾ การเริ่มต้นการออกกำลังกายที่ดีต้องอาศัยรูปแบบการกระตุ้นที่เหมาะสมกับภาวะความรู้สึกละเลยเวลานั้นจะส่งผลให้บุคคลๆ นั้นเกิดความคิดและมีการปฏิบัติที่จะออกกำลังกายสอดคล้องกับการศึกษาของ Rahimi, S., et. al. (2020)⁽²⁵⁾ การออกกำลังกายสามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคได้ การออกกำลังกายในวัยรุ่นเป็นการออกกำลังกายแบบที่ทำให้เกิดความสุขสนุกสนาน และมีความต้องการต่อการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง

การบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นปัจจัยหลักของการควบคุมภาวะโภชนาการ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถใช้ได้กับบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกินได้⁽¹⁶⁾ การบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในวัยรุ่น⁽²⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Freedman, D., Pisani, R., and Purves, R. (2007)⁽²⁶⁾ การออกกำลังกายในระยะเวลาที่น้อยและไม่เป็นประจำส่งผลต่อการมีภาวะโภชนาการเกินที่ไม่สามารถควบคุมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Masip, G., et. al. (2019)⁽¹⁵⁾ การควบคุมน้ำหนักด้วยการกำหนดอาหารให้มีความเหมาะสมสามารถทำให้น้ำหนักลดลงได้ แต่ร่างกายจะเกิดภาวะเหนื่อยง่าย และอ่อนแรง แต่ถ้ามีกิจกรรมทางด้านร่างกายร่วมด้วยจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับกวีندا วิเศษแก้ว และเบญจมา มุกตพันธ์. (2563)⁽⁴⁾ กล่าวว่า การควบคุมภาวะโภชนาการไม่มีเพียงแค่การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับการออกกำลังกาย ต้องอาศัยกระบวนการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การมีส่วนร่วมของสังคม

สรุปจากผลการศึกษาในกรณีนี้ระดับความสัมพันธ์ที่ไม่สูงมากเป็นผลมาจากการไม่มีปัจจัยอื่นเข้ามากระตุ้นให้เกิดทักษะการควบคุมน้ำหนักที่นอกเหนือจากการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการกระตุ้นให้เกิดการมีภาวะโภชนาการที่ดีต้องเกิดจากการอาศัยความร่วมมือร่วมของบุคคล ชุมชน และหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนการเกิดการควบคุมภาวะโภชนาการในวัยรุ่นได้ แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีหลายปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการควบคุมภาวะโภชนาการของวัยรุ่นได้ แต่ต้องอาศัยวิธีการศึกษาที่มีความแตกต่างจากข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจากการศึกษาในครั้งนี้เพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สำหรับการวิจัยครั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือกิจกรรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และมีการประเมินติดตามภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้เกิดการปลูกฝังในการดูแลสุขภาพด้านการควบคุมภาวะโภชนาการที่นอกเหนือจากการกระตุ้นให้เกิดความรู้ได้อย่างเหมาะสม



2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในประเด็นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการควบคุมภาวะโภชนาการในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การปฏิบัติตัวของผู้จัดกิจกรรมที่เข้าถึงตัวกลุ่มเป้าหมายเพื่อการควบคุมน้ำหนักได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. เบญจมาศ เพยกลาง, เบญจมา มุกตพันธ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของหญิงวัยกลางคน อาศัยอยู่ที่ตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562; 12: 51-61.
2. ยาวภา ตี้อัฐวรรณ. (2563). พฤติกรรมการกินอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยในจังหวัดนนทบุรี และปัจจัยที่สัมพันธ์กัน. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (2020): มกราคม - มิถุนายน 2563.
3. กรมอนามัย. (2562). รายงานประจำปี 2562 กรมอนามัย. <https://planning.anamai.moph.go.th>
4. กวินดา วิเศษแก้ว และเบญจมา มุกตพันธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านโภชนาการกับการบริโภคขนมและเครื่องดื่มรสหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(2) Srinagarind Med J 2020; 35(2)
5. กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2561). พิธีเปิดงาน “สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม”. <https://www.thaihealth.or.th/>
6. จุฑามาศ เหลลาพรหม, พรพิมล ชูพานิช และเบญจมา มุกตพันธ์. (2558). การบริโภคอาหาร กิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงและภาวะโภชนาการของสตรีวัยกลางคนในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(1), 317-325.
7. อภิญา อุตรระชัย, กริช เรืองไชย. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มรสหวานและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2561; (ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี): 95-102.
8. สักดิ์ชาย ควรระงับ. (2557). กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรของมหาวิทยาลัยพายัพ. พยาบาลสาร. VOL. 41 NO. 1 (2014): มกราคม - เมษายน 2557
9. Bloom B, Madaus GF, (1971). Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill,



10. Charatcharoenwitthaya, P., Kuljiratitikal, K., Aksornchanya, O., Chaiyasoot, K., Bandidiyamanon, W., & Charatcharoenwitthaya, N. (2021). Moderate-Intensity Aerobic vs Resistance Exercise and Dietary Modification in Patients With Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Randomized Clinical Trial. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 12(3).
11. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates,
12. Flack, K. D., Hays, H. M., Moreland, J., & Long, D. E. (2020). Exercise for weight loss: further evaluating energy compensation with exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, 52(11), 2466.
13. Goldschmidt, A. B., Loth, K. A., MacLehose, R. F., Pisetsky, E. M., Berge, J. M., & Neumark-Sztainer, D. (2015). Overeating with and without loss of control: Associations with weight status, weight-related characteristics, and psychosocial health. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1150-1157.
14. Huxtable, A., Millar, L., Love, P., Bell, C., & Whelan, J. (2018). Parental translation into practice of healthy eating and active play messages and the impact on childhood obesity: a mixed methods study. *Nutrients*, 10(5), 545.
15. Masip, G., Keski-Rahkonen, A., Pietiläinen, K. H., Kujala, U. M., Rottensteiner, M., Väisänen, K., Kaprio, J., & Bogl, L. H. (2019). Development of a Food-Based Diet Quality Score from a Short FFQ and Associations with Obesity Measures, Eating Styles and Nutrient Intakes in Finnish Twins. *Nutrients*, 11(11).
16. Sherf-Dagan, S., Sinai, T., Goldenshluger, A., Globus, I., Kessler, Y., Schweiger, C., & Ben-Porat, T. (2021). Nutritional Assessment and Preparation for Adult Bariatric Surgery Candidates: Clinical Practice. *Advances in nutrition* (Bethesda, Md.), 12(3), 1020–1031. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa121>
17. World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*.
18. Yu, Y., Kalarchian, M. A., Ma, Q., & Groth, S. W. (2021). Eating patterns and unhealthy weight control behaviors are associated with loss-of-control eating following bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(5), 976-985.
19. รตนดา อาจวิชัย, วิมล เขตตะ และเกียรติศักดิ์ อ่อนตามา. (2562). ผลการใช้สื่อใหม่แบบ Digital Content ที่มีต่อพฤติกรรมมารับสารของวัยรุ่นไทยต่อสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์. วารสารวิชาการการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม, ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2562.



20. Chow, S. C., & Liu, J. P. (2008). Design and analysis of clinical trials: concepts and methodologies (Vol. 507). John Wiley & Sons.
21. Institute of nutrition, Mahidol University. (2016). INMUCAL-Nutrients V.3 Program for Nutritional Calculation. Retrieved from: <http://www.inmu.mahidol.ac.th/inmucalApp/detail.pdf>
22. ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย; 8: 116-23.
23. Nimmagadda, S., Gopalakrishnan, L., Avula, R., Dhar, D., Diamond-Smith, N., Fernald, L., and Walker, D. (2019). Effects of an mHealth intervention for community health workers on maternal and child nutrition and health service delivery in India: protocol for a quasi-experimental mixed-methods evaluation. *BMJ open*, 9(3).
24. Izydorczyk, B., and Sitnik-Warchulska, K. (2018). Sociocultural appearance standards and risk factors for eating disorders in adolescents and women of various ages. *Frontiers in psychology*, 9, 429.
25. Rahimi, S., Peeri, M., Azarbayjani, M. A., Anoosheh, L., Ghasemzadeh, E., Khalifeh, N., and Salari, A. A. (2020). Long-term exercise from adolescence to adulthood reduces anxiety-and depression-like behaviors following maternal immune activation in offspring. *Physiology & Behavior*, 226, 113130.
26. Freedman, D., Pisani, R., and Purves, R. (2007). *Statistics (international student edition)*. Pisani, R. Purves, 4th Edn. WW Norton & Company, New York.
27. World Health Organization. (2019). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
28. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (25620). รายงานการประชุม. <https://ayo.moph.go.th/main/index.php>



ปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก

FACTORS PREDICING EARLY EXTUBATION IN THE PATIENTS WHO UNDERWENT NEURO - ANESTHESI

Received: August 26, 2021

Revised: October 07, 2021

Accepted: October 07, 2021

รุ่งราวรรณ เจริญไชสง¹, นิชาภัทร พุทธิคามิน²

Rungrawan Charoentaisong¹, Nichapat Phuttikhamin²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั้งประเภทที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บและไม่บาดเจ็บ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างมีระบบจำนวน 215 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกปัจจัยการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และ multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างถอดท่อหายใจสำเร็จร้อยละ 34 ปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ($OR_{adj} = 5.12$; 95%CI : 1.16-22.67; p-value = 0.032) การใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด ($OR_{adj} = 0.12$; 95%CI : 0.25-0.56 p-value = 0.007) ค่าระดับโพแทสเซียมในเลือดก่อนมาผ่าตัดปกติ ($OR_{adj} = 3.59$; 95%CI : 1.25-10.32; p-value = 0.018) และปริมาณสารน้ำที่ได้รับปริมาณน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร ($OR_{adj} = 8.12$; 95%CI : 2.62-25.15; p-value <0.001)

สรุปได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก ซึ่งสามารถอธิบายการผกผันแปรการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกได้ร้อยละ 40.80

คำสำคัญ: การถอดท่อหายใจได้เร็ว, ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

This correlational predictive research aimed to explore factors predicting early extubation in the patients who underwent neuro-anesthesia. Data were collected from the patients' medical records who underwent neuro-anesthesia and were admitted to Kalasin Hospital between April 1, 2020, and March 31, 2021. A systematic randomization sampling was employed to recruit 215 samples. The research instrument was the record form for primary data and factors related to early extubation in the patients who underwent neuro-anesthesia. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis.

The results revealed that the early extubation rate was 34 percent. The predicting early extubation in the patients who underwent neuro-anesthesia were conscious ($OR_{adj} = 5.12$; 95% CI : 1.16-22.67; p -value = 0.032), intubation before anesthesia ($OR_{adj} = 0.12$; 95% CI : 0.25-0.57; p -value = 0.007), normal serum potassium ($OR_{adj} = 3.59$; 95% CI : 1.25-10.32; p -value = 0.018) and intraoperative fluid ≤ 1000 cc ($OR_{adj} = 8.12$; 95% CI : 2.62-25.15; p -value <0.001).

It was concluded that the four independent variables were able to predict early extubation in patients undergoing neuro-anesthesia. This could explain the reversal of scaffolding in 40.80 percent of patients undergoing neuro-anesthesia.

Keyword: early extubation, factors predicting, neuro-anesthesia

¹ Students of the Master of Nursing Science Program Adult Nursing Faculty of Nursing Khon Kaen University

² Faculty of Nursing Khon Kaen University

บทนำ

โรคของสมองที่ต้องได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย โรคสมองบาดเจ็บ และโรคของสมองที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ ได้แก่ เนื้องอกสมอง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติการณ์ของการเกิดบาดเจ็บสมองในสหรัฐอเมริกา พบว่า แต่ละปีมีประชากรมากกว่า 2 ล้านคน ได้รับบาดเจ็บที่สมองประมาณ 1.50 ล้านคน ได้รับบาดเจ็บสมองเล็กน้อยประมาณ 500,000 คน ได้รับบาดเจ็บสมองรุนแรงประมาณ 120,000 คน เสียชีวิตในที่เกิดเหตุหรือก่อนถึงโรงพยาบาล และพบความพิการจากการบาดเจ็บประมาณ 70,000-90,000 คน สำหรับในประเทศไทย ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย⁽¹⁾ พบว่า สาเหตุการบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ส่วนอุบัติการณ์ของการเกิดโรคของสมองที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ ได้แก่ เนื้องอกสมอง และโรคที่เกิดจากความผิดปกติของ



เส้นเลือดสมอง องค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2560 รายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่า โดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองแตกซึ่งมีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ประมาณร้อยละ 15-20 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคเนื้องอกสมองพบประมาณ 18.71 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปีโดยพบเป็นเนื้องอกที่โตช้าร้อยละ 11.52 คนต่อประชากร 100,000 คน และเนื้องอกที่โตเร็วร้อยละ 7.19 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี⁽¹⁾

การตื่นช้าหลังการได้รับการระงับความรู้สึก (delayed emergence) เป็นภาวะที่ภายหลังสิ้นสุดการระงับความรู้สึกแล้วผู้ป่วยไม่สามารถถอดท่อหายใจได้ภายใน 15 นาที⁽²⁾ ผลกระทบจากการถอดท่อหายใจได้ช้าภายหลังการผ่าตัดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบสูงถึงร้อยละ 49⁽³⁾ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการร้อยละ 52 และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5⁽⁴⁾ ในรายที่ต้องคาท่อหายใจนานอาจต้องได้รับการเจาะคอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นและเพิ่มภาระการดูแลจากงานวิจัยของ Cai et al. (2013)⁽⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ถอดท่อหายใจได้ช้ามีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 51 ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดสมองของโรงพยาบาลกาศินธุ์ย้อนหลังในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 28 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถถอดท่อหายใจได้ทันทีภายหลังการระงับความรู้สึกสูงถึงร้อยละ 69.23 และพบว่ามีผลกระทบที่เกิดหลังถอดท่อหายใจได้ช้าพบว่าทำให้เกิดปอดอักเสบร้อยละ 14.29 ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอร้อยละ 30.77 ส่งผลทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นกล่าวคือ นอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่ถอดท่อหายใจได้เฉลี่ย 12.44 วัน และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา กล่าวคือ สูงกว่าผู้ป่วยที่ถอดท่อหายใจได้ 77,098 บาท

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ อายุ, ดัชนีมวลกาย (BMI), ASA physical status⁽⁴⁾ ตำแหน่งของการผ่าตัด, Glasgow coma score, ภาวะสมองบวมก่อนผ่าตัด, ระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก, ปริมาณสารน้ำที่ได้รับระหว่างผ่าตัด, การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด, ขนาดของก้อนเนื้องอก⁽⁵⁾, การผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉิน⁽⁶⁾, เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก, ค่าความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ยระหว่างผ่าตัด (mean arterial pressure: MAP), การได้รับสารน้ำประเภทคอลลอยด์ และการได้รับยากลุ่ม vasopressors⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม จากผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยบางอย่างที่ขัดแย้งกันและยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน ได้แก่ อายุ ซึ่ง อานันท์ชนก ศฤงคารินกุล และคณะ (2559)⁽⁴⁾ พบว่าอายุน้อยกว่า 65 ปี มีความสัมพันธ์กับการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง (p=0.004) แต่การศึกษาของ Cai et al. (2013)⁽⁵⁾, Cata, Saager, Kurz & Avitsian (2011)⁽⁷⁾ และ



Nivatpumin et al. (2010)⁽⁶⁾ กลับไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว การศึกษาของ Cai et al. (2013)⁽⁵⁾ และ Cata et al. (2011)⁽⁷⁾ พบว่า ตำแหน่งของก้อนเนื้ออกสมองที่บริเวณ brain stem oppression สัมพันธ์กับการรอดต่อหายใจได้เร็ว (OR=5.396, 95%CI=3.226, 9.025, p<0.001) แต่การศึกษาของ อานันท์ชนก ศฤงคารินกุลและคณะ (2559) และ Nivatpumin et al. (2010)^(4,6) ไม่พบความสัมพันธ์ การศึกษาของ อานันท์ชนก ศฤงคารินกุล และคณะ (2559) และ Nivatpumin et al. (2010)^(4,6) พบว่า คะแนน Glasgow coma scale สัมพันธ์กับการรอดต่อหายใจได้เร็ว แต่ผลการศึกษาของ Cai et al. (2013)⁽⁵⁾ พบขัดแย้งกัน นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่ขัดแย้งกับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก และคะแนน ASA physical status ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้การระงับความรู้สึก ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อส่งเสริมการรอดต่อหายใจได้เร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเพิ่มประวัติผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มาระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลกพส. ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564 สุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (systemic randomization sampling) แบบ 1 เว้น 1 ราย จากสถิติผู้ป่วยที่มาผ่าตัดสมองโดยการระงับความรู้สึกของ โรงพยาบาลกพส. 3 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2561 – 2564) จำนวน 433 ราย โดยมี เกณฑ์การคัดเข้า คือ (1) เป็นผู้ที่มิอายุ 18 ปีขึ้นไป และ (2) เป็นผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดสมองที่มีการผ่าตัดผ่านชั้น dura เข้าไปอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ Craniectomy, Craniotomy, Burr hole, VP-shunt เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อกหรืออยู่ในภาวะหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยของค่าคะแนน GCS ใช้ในการคำนวณ โดยมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดย



อ้างอิงจากงานวิจัยของ Nivatpumin, Srisuriyarungrueng, Saimuey, & Srirojanakul (2010)⁽⁶⁾ พบว่า GCS น้อยกว่า 13 คะแนนทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง (adjusted OR = 20.16 [2.13-190.90], p = 0.009) ใช้การประมาณค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่รอดต่อหายใจได้เร็วหลังผ่าตัดทางสมองร้อยละ 10.09 ทำการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง⁽⁸⁾ ได้ Sample size = 43 จากนั้นจึงนำค่า n ที่ได้มาคำนวณหาขนาดของขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยแทนค่าในสูตรคำนวณ multiple logistic regression ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 215 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ชนิดการผ่าตัด ลักษณะการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และประวัติการชัก

2. แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้การระดับความรู้สึก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ, ดัชนีมวลกาย (BMI), (2) ปัจจัยก่อน ระดับความรู้สึก ได้แก่ ASA physical status, Glasgow coma score, ตำแหน่งผ่าตัด, ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อน, ภาวะสมองบวม, การไม่ใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด และค่าโพแทสเซียมก่อนผ่าตัด (3) ปัจจัยระหว่างระดับความรู้สึก ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการระดับความรู้สึก, ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด, ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ, การได้รับสารน้ำชนิด colloid, ปริมาณการสูญเสียเลือด, ค่า MAP ระหว่างผ่าตัด, และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI = 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรุนแรงของสมองบาดเจ็บ ทั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงของการใช้สถิติถดถอยโลจิสติก ได้แก่ (1) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน และ (2) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิดปัญหา multicollinearity ในการศึกษาไม่พบปัญหา multicollinearity ระหว่างตัวแปรต้น โดยพบว่าค่า VIF Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.16-3.40 และค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.25-0.87

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE642062) และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (KLSH REC No.014/2021E)



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 215 ราย เป็นผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่เข้ารับการรักษาแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลกพสินธุ์ ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 68.40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.60 ลักษณะ การเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ (non-traumatic brain injury) ร้อยละ 73.00 ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 57.70 ไม่มีประวัติชักก่อนมาร้อยละ 88.40

2. ข้อมูล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถอดท่อหายใจได้เร็วของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 52.04 ปี (SD = 18.15) อายุต่ำกว่า 65 ปี ร้อยละ 74.90 ค่า ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 22.55 (SD = 4.17) ร้อยละ 79.1 ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniectomy) ร้อยละ 69.80 ได้รับการใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด ร้อยละ 62.80 มีระดับความรู้สึกตัวดีก่อนผ่าตัด ร้อยละ 59.50 ค่าคะแนน GCS ก่อนผ่าตัด เฉลี่ย 11.25 (SD = 4.06) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน ร้อยละ 52.10 อุณหภูมิร่างกายก่อนผ่าตัด เฉลี่ย 37.00 °C (SD = 0.57) ร้อยละ 72.60 ไม่มีสมองบวมก่อนผ่าตัด ร้อยละ 62.80 มีคะแนน ASA physical status 3-4 ร้อยละ 84.70 ตำแหน่งผ่าตัดที่อยู่เหนือตำแหน่งเส้นเทนโทเรียล ซิรีเบลโลน (supratentorial) ร้อยละ 82.80 มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนน้อยกว่า 30 มิลลิเมตร ร้อยละ 45.10 ค่าโพแทสเซียมก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 70.70 ทำที่ใช้ในการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นท่านอนหงาย ร้อยละ 90.20 ระยะเวลาในการผ่าตัด mode = 60.00 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการผ่าตัดต่ำกว่า 60 นาที ร้อยละ 51.20 ปริมาณยาดมสลบที่ได้รับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 MAC ร้อยละ 72.60 ไม่ใช้ในตรัสออกไซด์ ร้อยละ 78.10 ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ mode = 200.00 ปริมาณสารน้ำที่ได้รับระหว่าง 0-1,000 ซีซี ร้อยละ 74.90 ไม่ได้รับสารน้ำชนิด colloid ร้อยละ 94.90 ปริมาณการเสียเลือด mode = 10.00 ปริมาณการเสียเลือดทั้งหมดไม่เกินเกณฑ์ (คำนวณได้จากค่าปริมาตรเลือดที่ยอมให้เสีย Allowable blood loss; ABL โดยกำหนดค่าเม็ดเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 30 vol%) ร้อยละ 85.60 ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย 90.59 mmHg (SD = 11.51) ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย 90.59 (SD = 11.51) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-160 mmHg ร้อยละ 99.10 ไม่ได้รับยากระตุ้นหลอดเลือด ร้อยละ 91.60 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถอดท่อหายใจไม่ได้ ร้อยละ 66.00

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยใช้ Univariate & Multivariate analysis

4.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถอดท่อหายใจได้เร็ว ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว หาค่า OR_{crude} 95% CI โดยกำหนดค่า p-value ที่ระดับ .05 คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.20 เข้าวิเคราะห์ Multivariate analysis ผลการ



วิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 12 ตัวแปร ได้แก่ การใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด ($OR_{crude}=27.64$; 95%CI= 8.31-91.94; p-value<0.001) ระดับความรู้สึกตัว ($OR_{crude}=24.27$; 95%CI=8.39-70.17; p-value<0.001) ค่า ASA ก่อนผ่าตัด ($OR_{crude}=4.09$; 95%CI= 1.87-8.95; p-value<0.001) ตำแหน่งที่ผ่าตัด ($OR_{crude}=2.53$; 95%CI=1.05-6.07; p-value=0.034) การมีสมองบวมก่อนมา ($OR_{crude}=2.63$; 95%CI=1.39-4.96; p-value=0.002) การได้รับยาลดสมองบวมก่อนผ่าตัด ($OR_{crude}=0.32$; 95%CI= 0.15-0.71; p-value = 0.004) ค่าคะแนน Glasgow Coma Score ก่อนผ่าตัด ($OR_{crude}= 11.96$; 95%CI = 5.64-25.35; p-value<0.001) ค่าโพแทสเซียมก่อนผ่าตัดปกติ ($OR_{crude}= 6.14$; 95%CI = 2.63-14.35; p-value<0.001) มีภาวะ stroke ก่อนมา ($OR_{crude}=0.50$; 95%CI=0.28-0.91-3.91; p-value =0.021) การได้รับไนตริส ($OR_{crude}=2.02$; 95%CI = 1.04-3.91; p-value=0.035) ปริมาณสารน้ำที่ได้รับปริมาณน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร ($OR_{crude}= 4.67$; 95%CI =1.99-10.96; p-value<0.001) ปริมาณการเสียเลือด ($OR_{crude}= 3.05$; 95%CI = 1.12-8.31 p-value = 0.023) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) (n=215)

ปัจจัย	การถอดท่อหายใจได้เร็ว		Simple logistic regression		
	ถอดได้เร็ว	ถอดได้ช้า	OR _{Crude}	95%CI	p-value
	ภายใน 15 นาที จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า 15 นาที จำนวน(ร้อยละ)			
การถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก	73 (34.0)	142 (66.0)			
การใส่ท่อหายใจก่อนมาผ่าตัด					<0.001*
ไม่ใช่	70 (32.56)	65 (30.23)	27.64	8.31-91.94	
ใช่	3 (1.40)	77 (35.81)			
ระดับความรู้สึกตัว					<0.001*
ดี	69 (32.09)	59 (27.44)	24.27	8.39-70.17	
ไม่ดี	4 (1.86)	83 (38.61)			
ค่า ASA status ก่อนผ่าตัด					<0.001*
ค่า ปกติ (1-2)	20 (9.30)	12 (5.58)	4.09	1.87-8.95	
ค่าผิดปกติ (>2ขึ้นไป)	53 (24.65)	130 (60.47)			
ตำแหน่งที่ผ่าตัด					0.034*
Supratentorial	66 (30.70)	112 (52.09)	2.53	1.05-6.07	
Infratentorial	7 (3.26)	30 (13.95)			
การมีสมองบวมก่อนมา					0.002*



ตารางที่ 1 ตารางการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการ
 ระวังความรู้สึกด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) (n=215)

ปัจจัย	การรอดต่อหายใจได้เร็ว		Simple logistic regression		
	รอดได้เร็ว ภายใน 15 นาที จำนวน (ร้อยละ)	รอดได้ช้า มากกว่า 15 นาที จำนวน(ร้อยละ)	OR _{Crude}	95%CI	p-value
ไม่ใช่	56 (26.05)	79 (36.74)	2.63	1.39-4.96	
ใช่	17 (7.91)	63 (29.30)			
การได้รับยาลดสมองบวมก่อนผ่าตัด					0.004*
ไม่ได้รับ	9 (4.19)	43 (20.00)	0.324	0.15-0.71	
ได้รับ	64 (29.77)	99 (46.04)			
ค่าคะแนน Glasgow Coma Score ก่อน ผ่าตัด					<0.001*
ปกติ (ค่า 13-15)	63 (29.30)	49 (22.79)	11.96	5.64-25.35	
ผิดปกติ (ค่า <13)	10 (4.65)	93 (43.26)			
ค่าโพแทสเซียมก่อนผ่าตัด					<0.001*
ปกติ	66 (30.70)	86 (40.00)	6.14	2.63-14.35	
ผิดปกติ	7 (3.26)	56 (26.04)			
มีภาวะ stroke ก่อนมา					0.021*
ไม่ใช่	23 (10.70)	68 (31.63)	0.50	0.28-0.91	
ใช่	50 (23.26)	74 (34.41)			
การได้รับในตรัสระหว่างผ่าตัด					0.035*
ไม่ใช่	22 (10.23)	25 (11.63)	2.02	1.04-3.91	
ใช่	51 (23.72)	117 (54.42)			
ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ (ml)					<0.001*
≤ 1,000	66 (30.70)	95 (44.19)	4.67	1.99-10.96	
> 1,000	7 (3.25)	47 (21.86)			
ปริมาณการเสียเลือด					0.023*
ไม่เกินเกณฑ์	68 (31.63)	116 (53.95)	3.05	1.12-8.31	
เกินเกณฑ์	5 (2.33)	26 (12.09)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$, CI= Confidence interval, OR= Odd ratio



4.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (multivariate analysis) นำตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวมาวิเคราะห์ตัวแปรพหุ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ประเมินสารรูปสถิติ (Goodness-of-Fit Measures) โดย Hosmer-Lemeshow statistics = 0.79 ซึ่งบ่งบอกว่าโมเดลมีความเหมาะสมกับข้อมูล พบว่า ปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวดี (OR_{adj} = 5.12; 95%CI : 1.16-22.67; p-value = 0.032) การไม่ใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด (OR_{adj} = 0.12; 95%CI : 0.25-0.57; p-value = 0.007) ค่าระดับโพแทสเซียมในเลือดก่อนมาผ่าตัดปกติ (OR_{adj} = 3.59; 95%CI : 1.25-10.32; p-value = 0.018) และปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ≤ 1,000 มิลลิลิตร (OR_{adj} = 8.12; 95%CI : 2.62-25.15; p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก

แบบตัวแปรพหุ (multivariate analysis) (n=215)

ปัจจัย	OR _{adj}	95%CI	p-value
ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ (มิลลิลิตร)			
≤ 1,000	8.12	2.62 – 25.15	<0.001*
> 1,000		1	reference
ระดับความรู้สึกตัว			
ดี	5.12	1.16 – 22.67	0.032*
ไม่ดี		1	reference
ค่าโพแทสเซียมก่อนผ่าตัด			
ปกติ	3.59	1.25 - 10.32	0.018*
ผิดปกติ		1	Reference
การใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด			
ใส่	0.12	0.25 - 0.56	0.007*
ไม่ใส่		1	reference
Constant = -4.859 R ² = 0.408 SEE = 1.330 F = 17.259 p < 0.001			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$, CI= Confidence interval, OR= Odd ratio

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์การถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก ซึ่งสามารถอธิบายการผกผันแปรการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกได้ร้อยละ 40.80 (R²)



สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากวิจัยสรุปได้ว่าปัจจัยทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ระดับความรู้สึกตัวดี การไม่ใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด ค่าโพแทสเซียมในเลือดก่อนผ่าตัดปกติ และปริมาณสารน้ำที่ได้รับปริมาณน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร ดังต่อไปนี้

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก คือ ปัจจัยระดับความรู้สึกตัวดีก่อนมาผ่าตัด ($OR_{adj} = 5.12$; 95%CI : 1.16-22.67; p -value = 0.032) กล่าวคือ ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีระดับความรู้สึกตัวดีสามารถทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวไม่ดี 5.12 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือมีพยาธิสภาพที่สมองโดยตรง มักส่งผลถึงระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสาร หรือบอกความต้องการต่างๆ ได้ การประเมินระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยสมอง⁽⁴⁾ (Level of Consciousness, LOC) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้ 0 คะแนน คือ รู้สึกตัวดี 1 คะแนน คือ ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ 2 คะแนน คือ ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ 3 คะแนน คือ ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะรีเฟล็กซ์ (NIHSS) ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่ทำนายว่าจะสามารถรอดต่อหายใจได้เร็วควรมีระดับความรู้สึกตัวก่อนมาผ่าตัดอยู่ที่ 0 คะแนน

ปัจจัยทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกอีกปัจจัย คือ การไม่ใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด ($OR_{adj} = 0.12$; 95%CI : 0.25-0.57; p -value = 0.007) กล่าวคือ ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่ไม่ได้ใส่ท่อหายใจก่อนมาสามารถทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจก่อนมาระงับความรู้สึก 0.12 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจมาก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างรุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่สมองได้รับบาดเจ็บรุนแรงทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีแนวโน้มที่จะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไปอีกช่วงระยะหนึ่ง ภายหลังการผ่าตัดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของพลพันธ์ บุญมาก และคณะ (2552)⁽¹³⁾ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อหายใจก่อนมาผ่าตัดไม่สามารถรอดต่อหายใจได้ทันทีภายหลังการผ่าตัด และพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 57.80 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูง ภายหลังให้การระงับความรู้สึกต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด

นอกจากนี้พบว่า ค่าโพแทสเซียมก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก ($OR_{adj} = 3.59$; 95%CI : 1.25-10.32; p -value = 0.018) กล่าวคือผู้ป่วยที่มีระดับค่าโพแทสเซียมในเลือดปกติ (ค่าปกติ คือ 3.5-5.0 mEq/L) สามารถทำนายการรอดต่อหายใจได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีระดับค่าโพแทสเซียมในเลือดที่ผิดปกติ 3.59 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าค่าระดับโพแทสเซียมในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะค่าระดับ



โพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไขก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด เนื่องจากอาการของภาวะโพแทสเซียมต่ำจะเสริมฤทธิ์กับยาระงับความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตื่นและถอดท่อหายใจได้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shaikh & Lakshmi ในปี 2014 พบว่าค่าโพแทสเซียมต่ำกว่า 3.5 mEq/L จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะมาก ชีพจรเร็ว หัวใจหดตัวและเปลี่ยนแปลงจังหวะการเต้นของหัวใจ

ปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจได้เร็วในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกปัจจัยสุดท้าย คือปัจจัยปริมาณสารน้ำที่ได้รับระหว่างการระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกได้รับปริมาณสารน้ำระหว่างระงับความรู้สึกปริมาณน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร ($OR_{adj}=8.12$; 95%CI: 2.62-25.15; p-value <0.001) กล่าวคือ ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่ได้รับสารน้ำระหว่างระงับความรู้สึก ปริมาณน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร สามารถทำนายการถอดท่อหายใจได้เร็วกว่าผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่ได้รับสารน้ำปริมาณน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร 8.12 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Cai et al. (2013)⁽⁵⁾ ที่พบว่า การให้สารน้ำในระหว่างผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร สัมพันธ์กับการถอดท่อหายใจได้ช้าหลังผ่าตัด ($p<0.001$) และ Cata et al. (2011)⁽⁷⁾ ศึกษาผลสำเร็จในการถอดท่อหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะพบว่า การให้สารน้ำจำนวนมาก สัมพันธ์กับการบวมของทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. พยาบาลวิสัญญีและทีมบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำข้อค้นพบไปใช้ในการคาดการณ์การถอดท่อหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยคำนึงถึงปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การไม่ใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด นอกจากนี้ ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีค่าโพแทสเซียมที่ผิดปกติต้องได้รับการแก้ไขก่อนผ่าตัด และในระหว่างการผ่าตัดสมองไม่ควรให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเกิน 1,000 มิลลิลิตร

2. พยาบาลวิสัญญีควรพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อส่งเสริมให้สามารถถอดท่อหายใจได้เร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้อาจทำให้ต้องกลับมาใส่ท่อหายใจซ้ำ

3. จากข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่ไม่สามารถถอดท่อหายใจหลังผ่าตัดได้สูงถึงร้อยละ 66 งานวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยทำนายการถอดท่อหายใจได้ช้าในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาวางแผนให้การดูแลได้เหมาะสม



4. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงเพื่อประเมินการถอดท่อหายใจได้ซ้ำ สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการระงับความรู้สึก และพัฒนาแนวทางการดูแลตามระดับความเสี่ยง

5. ข้อจำกัดของการศึกษา การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติพบว่า มีข้อมูลบางอย่างที่ไม่มีข้อมูล เช่น ผล CT-brain ไม่มีการระบุขนาดของก้อน ซึ่งมีจำนวนมากถึง 48 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 22.33 ซึ่งอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณิชากัตร์ พุฒิกามิน ให้คำปรึกษา แนะนำ ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาพรส, 2562.
2. Echeverría, M., Fiorda-Diaz, J., Stoicea, N., & Bergese, S.D. Emergence from Anesthesia. In Essentials of Neuroanesthesia. NY: Academic, 2017.
3. Saranagi. S. (2008). Delayed awakening from anaesthesia. The Internet Journal of Anesthesiology 2008; 19(1): 1-4.
4. อานันท์ชนก ศฤงคารินกุล, สุชญญา สุวรรณจิตร และ ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถอดท่อช่วยหายใจในห้องผ่าตัดเทียบกับการถอดท่อช่วยหายใจในเวลาต่อมา ภายหลังการผ่าตัด เปิดกะโหลกศีรษะในภาวะฉุกเฉิน. J Med Assoc Thai, 2559; 99 (8): 933-939.
5. Cai, Y., Zeng, H.Y., Shi, Z.H., Shen, J., Lei, Y.N., Chen, B.Y., & Zhou, J.X. Factors influencing delayed extubation after infratentorial craniotomy for tumor resection: A prospective cohort study of 8 0 0 patients in a Chinese neurosurgical center. Journal of International Medical Research 2013; 41(1): 208–217.
6. Nivatpumin, P., Srisuriyarungrueng, S., Saimuey, P., & Srirojanakul, W. Factors affecting delayed extubation after intracranial surgery in Siriraj Hospital. Siriraj Medical Journal 2010; 62(3): 119-123.
7. Cata, J.P., Saager, L., Kurz, A., & Avitsian, R. Successful extubation in the operating room after infratentorial craniotomy: The Cleveland Clinic experience. J Neurosurg Anesthesiol 2011; 23(1): 25-29.



8. Bernard, R. Fundamentals of biostatistics (5th ed.). Duxbery: Thomson learning, 2000.
9. นิตยา โพธิวิทย์ และ อุมภรณ์ พงษ์พันธ์. ระยะเวลานอนและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการคาต่อหายใจในห้องพักฟื้นภายหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร 2555; 33(1): 31-41.
10. Flexmana, A.M., Wangb, T., and Mengc, L. Neuroanesthesia and outcomes: Evidence, opinions, and speculations on clinically relevant topics. Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved 2019; 32(5): 539-545.
11. Saringcarinkul, A., Suwannachit, S., & Punjasawadwong, Y. Factors associated with operating-room extubation after emergency craniotomy. J Med Assoc Thai 2016; 99(8): 933-939.
12. ภัตสร ธรรมอักษร และอรุ โณทัย ศิริอัสวกุล. การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยอ้วน. เวชบัณฑิตศิริราช 2560; 10(1): 34-41.
13. พลพันธ์ บุญมาก. การวางระงับความรู้สึกโดยใช้ยาผสมเป็นหลัก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2552; 24(2): 159-66.



ความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

PREVALENCE OF XEROSTOMIA IN THE ELDERLY AT MUEANG ROIET DISTRICT

Received: October 17, 2021

Revised: March 21, 2022

Accepted: March 22, 2022

ณัฐตา อยู่จำ¹

Nathita Yookhum¹

บทคัดย่อ

ภาวะปากแห้ง (xerostomia) เป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้ในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง 250 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง (Xerostomia Inventory)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศหญิง ร้อยละ 62.00 เพศชายร้อยละ 38.00 มีอายุเฉลี่ย 68.75 ± 7.179 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 98 ปีพบภาวะปากแห้ง จำนวน 61 คน ร้อยละ 24.40 มีค่าเฉลี่ย 14.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.19 และมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 12 - 38 คะแนน) ความรุนแรงของภาวะปากแห้งมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของภาวะปากแห้งในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการบริโภคน้ำ โดยพบว่าการบริโภคน้ำหลายขนานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะปากแห้งที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.026$

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการบริโภคน้ำหลายขนานมีความชุกของภาวะปากแห้งสูง ดังนั้น จึงควรมีแนวทางในการตรวจและจัดการภาวะปากแห้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการบริโภคน้ำหลายขนานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ภาวะปากแห้ง, ปากแห้ง

¹ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

² nathitanathita@hotmail.com



Abstract

Dry mouth is the most common changes in the elderly, which can affect the quality of life. The study was a cross sectional descriptive study. This study aimed to examine the prevalence of dry mouth. The data were collected using the Xerostomia Inventory to measure dry mouth. A total of 250 elderly living in Muang, Roi Et were included.

The results showed that the elderly were female representing 62.00%, males representing 38.0%, with mean age of 68.75 ± 7.179 years, with the lowest age being 60 years, the highest being 98 years, with dry mouth, 61 people thought. was 24.40% with a mean 14.59 (standard deviation of 4.19 and a score range of 12 - 38 points). The prevalence of dry mouth was 24.4%. The severity of dry mouth tended to increase with age. The prevalence of dry mouth was higher in females than in males. The prevalence of dry mouth increased in people with underlying diseases or with history of drug consumption. In addition, consumption of multiple drugs was significantly associated with increased severity of dry mouth ($p=.026$).

The present study showed high prevalence of dry mouth in the elderly with underlying medical conditions and multiple medications prescription. Therefore, there should be guidelines for detecting and managing dry mouth, including promoting proper oral health.

Keywords: elderly, xerostomia, dry mouth

¹Roi Et Hospital, Roi Et Province

²nathitanathita@hotmail.com



บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากและกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยก็เช่นกันปีพ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 10.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.06 ของจำนวนประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ โดยจังหวัดร้อยเอ็ดพบมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 22.31 ของจำนวนประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ซึ่งในวัยผู้สูงอายุนี้จะพบความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกายหลายอย่างรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น โรคปริทันต์อักเสบ มีฟันผุบริเวณคอฟัน ฟันสึก พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก⁽³⁾

ภาวะปากแห้ง (xerostomia)⁽⁴⁾ เป็นอีกอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและเมื่อเกิดแล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะปากแห้งนี้มักมีความสัมพันธ์กับปริมาณของน้ำลายที่มีอยู่ในช่องปาก⁽⁵⁾ มีหลายสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สาเหตุที่พบได้บ่อย เช่น การรับประทานยา ซึ่งมียาที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งน้ำลายน้อยกว่า 400 ชนิด สภาพจิตใจ เช่น ความเครียดความวิตกกังวล ความผิดปกติของต่อมน้ำลาย เช่น กลุ่มอาการ โจเกรน (Sjogren's Syndrome) และการได้รับรังสีบำบัดบริเวณศีรษะและลำคอ⁽⁶⁻⁸⁾ อายุก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง⁽⁴⁾ พบว่าอายุที่มากขึ้นเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะปากแห้ง 1.24 เท่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุกๆ 10 ปี⁽⁷⁾ ในส่วนของยามีรายงานความชุกที่เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าของภาวะปากแห้งในผู้ป่วยที่ทานยา (ร้อยละ 28) เทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับยาใดๆ (ร้อยละ 7.5)⁽⁷⁾ ยังมีรายงานว่าไม่เพียงประเภทของยา แต่จำนวนยาที่นำมาใช้ก็จะเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะปากแห้ง⁽⁸⁾ รายงานความชุกของภาวะปากแห้งในกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่า มีความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 10-46 โดยมีความชุกเพศหญิง (ร้อยละ 10.3-33.3) สูงไปกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 9.7-25.8) ซึ่งโดยเฉลี่ยร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปีขึ้นไป จะมีประสบการณ์ปากแห้ง⁽⁹⁾ และเมื่ออายุยิ่งมากขึ้นก็จะพบอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย⁽¹⁰⁾ ตามรายงานทางระบาดวิทยามีรายงานความชุกของการเกิดภาวะปากแห้งระหว่างร้อยละ 0.9-64.8⁽¹¹⁾ ซึ่งประเทศไทยการศึกษาเรื่องความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งยังมีไม่มาก โดยเฉพาะในกลุ่มในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อให้ทราบความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ รวมทั้งยังสามารถเป็นข้อมูลทางระบาดวิทยาสำหรับผู้ที่สนใจศึกษาเรื่องภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้ง



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) เพื่อการศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแมต อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 896 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ Yuki Ohara และคณะ⁽¹²⁾ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Wayne W.D.⁽¹³⁾ ดังนี้

จากสูตร

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

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร เท่ากับ 896 คน

α = ความผิดพลาดจากการสุ่มตัวอย่างเพื่อสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง (0.05)

p = ค่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้งจากงานวิจัยของ Yuki เท่ากับ 0.35¹²

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 250 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกรายออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้มีความเจ็บป่วยที่อาจมีผลต่อการเก็บข้อมูล เช่น ผู้ป่วยความจำเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน

2) แบบประเมินภาวะปากแห้ง (xerostomia inventory) มีทั้งหมด 11 ข้อ ซึ่งวัดเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบบ 5 อันดับ 0-4 (0 = ไม่เคย 1 = แทบจะไม่เคย 2 = เป็นครั้งคราว 3 = ค่อนข้างบ่อย 4 = บ่อยมาก) คะแนนรวม 11 ข้อ จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 44 คะแนน หากมีคะแนนรวมมากกว่า 11 จะวินิจฉัยว่ามีภาวะปากแห้ง ระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งจากคะแนนรวม หากมีคะแนนสูงแปลว่ามีปากแห้งมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบหาความเที่ยง ได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบประเมินภาวะปากแห้ง (XI) = 0.786

วิธีดำเนินการ

1. ทดสอบเครื่องมือทำความเข้าใจแบบสอบถามแก่ทีม อสม. เพื่อให้ อสม. เป็นผู้ช่วยแจกแบบสอบถามแก่ผู้สูงอายุ
2. ทำการเก็บข้อมูล ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต ซึ่งได้จากสุ่มเลือกพื้นที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนเมษายน 2563–กันยายน 2563
3. ตรวจสอบข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ โปรแกรม SPSS for window version 21 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าร้อยละค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Fisher's exact test, Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE632053

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมา คือ เพศชายจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 68.75 ± 7.179 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 98 ปี (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะประชากร จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	38.00
หญิง	155	62.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	227	90.80



ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมขึ้นไป	23	9.20
สถานภาพสมรส		
โสด	56	22.40
สมรส	156	62.40
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	38	15.20
อาชีพ		
เกษตรกร	235	94.00
อื่นๆ	15	6.00
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	217	86.80
สูบบุหรี่	33	13.20
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	214	85.60
ดื่มแอลกอฮอล์	36	14.40
การเคี้ยวหมาก		
ไม่เคี้ยวหมาก	234	93.60
เคี้ยวหมาก	16	6.40
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	170	68.00
มีโรคประจำตัว	80	32.00

ผลการศึกษา ภาวะปากแห้ง (Xerostomia Inventory) ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ไม่มีภาวะปากแห้ง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 75.60 มีค่าเฉลี่ย 6.89 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.89 และมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-11 คะแนน) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะปากแห้ง จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 24.40 มีค่าเฉลี่ย 14.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.19 และมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 12-38 คะแนน) (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 แสดงความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ (N= 250)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	\bar{x}	SD
ภาวะปากแห้ง					
ไม่มีภาวะปากแห้ง	189 (75.6)	0	11	6.89	3.89
มีปากแห้ง	61 (24.4)	12	38	14.59	4.19
รวม	250				

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแมต อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของเพศกับภาวะปากแห้ง

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะปากแห้ง	จำนวนปากแห้ง		p-value
	ไม่	ใช่	
เพศ			0.547
เพศชาย	74	21	
เพศหญิง	115	40	

* p-value < 0.05

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับภาวะปากแห้ง จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไค-สแควร์ (chi square test) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุกับความชุกของภาวะปากแห้ง แต่เมื่อพิจารณาความชุกและระดับคะแนนความรุนแรงของภาวะปากแห้งของแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่าจะพบความชุกของภาวะปากแห้งมากกว่า และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งที่มากกว่า (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะปากแห้ง	จำนวนคนปากแห้ง		ภาวะปากแห้ง (ร้อยละ)	\bar{x}	SD	p-value
	ไม่	ใช่				
อายุ						
60 - 64 ปี	71	20	21.97	19.66	5.29	0.246
65 - 69 ปี	48	15	25.42	20.51	4.39	
70 ปีขึ้นไป	70	26	27.08	20.58	4.71	

* p-value < 0.05

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโรคประจำตัว การรับประทานยากับภาวะปากแห้งจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไค-สแควร์ (chi square test) พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว การรับประทานยาเป็นประจำ และการได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) พบความชุกของภาวะปากแห้งเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามไม่พบนัยสำคัญ (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง	จำนวนคนปากแห้ง		χ^2	p-value
	ไม่	ใช่		
การมีโรคประจำตัว			2.00	0.157
ไม่มีโรคประจำตัว	133	37		
มีโรคประจำตัว	56	24		
การรับประทานยาเป็นประจำ			2.281	0.131
ไม่ได้รับยา	137	38		
ได้รับยา	52	23		
ได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป)			2.941	0.086
ไม่ได้รับยาหลายขนาน	188	59		
ได้รับยาหลายขนาน	1	2		

* p-value < 0.05

ในการศึกษานี้โดยส่วนใหญ่ยาที่ผู้สูงอายุได้รับจะเป็นยารักษาโรคเบาหวาน และยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษพบว่า ผู้ที่บริโภคน้ำยาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมี



ภาวะปากแห้งสูงกว่าผู้ที่ไม่บริโภคอย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง	จำนวนคนปากแห้ง			χ^2	p-value
	ไม่	ใช่	ร้อยละ		
ได้รับยาเบาหวาน					
ไม่ได้รับยาเบาหวาน	158	49	31.01	0.346	0.556
ได้รับยาเบาหวาน	31	12	38.71		
ได้รับยาความดันโลหิตสูง					
ไม่ได้รับยาความดันโลหิตสูง	139	39	28.06	2.077	0.150
ได้รับยาความดันโลหิตสูง	50	22	44.0		

* p-value < 0.05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) กับระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งด้วยสถิติ Mann-Whitney U (เนื่องจากผลการทดสอบข้อมูลไม่ได้แจกแจงแบบปกติ) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) กับระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง โดยมีค่า p-value = 0.026 (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง	ความรุนแรงของภาวะปากแห้ง		
	Mean(SD)	Median (IQR 25-75)	p-value
ได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป)			
ได้รับยาหลายขนาน	19.79(5.99)	21.0 (12-22)	0.026*
ไม่ได้รับยาหลายขนาน	9.41(5.53)	10(6-11)	

* p-value < 0.05



สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีอายุเฉลี่ย 68.75 ± 7.179 ปี พบความชุกของภาวะปากแห้ง ร้อยละ 24.40 ซึ่งในเพศหญิงมีความชุก ร้อยละ 25.80 สูงกว่าในเพศชายซึ่งมีความชุก ร้อยละ 22.10 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะปากแห้ง พบว่า ความรุนแรงของภาวะปากแห้งมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของภาวะปากแห้งในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบความชุกของภาวะปากแห้งมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการบริโภคยา โดยพบว่า การบริโภคยาหลายขนานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะปากแห้งที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.026$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะปากแห้ง ร้อยละ 24.40 สอดคล้องกับการศึกษาของ Locker และคณะ⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุ 50 ถึง 65 ปีขึ้นไป พบความชุกของภาวะปากแห้งร้อยละ 22.60 เปรียบเทียบการศึกษาของ Yuki Ohara และคณะ⁽¹²⁾ พบความชุกของภาวะปากแห้งร้อยละ 34.80% และการศึกษาของ Rafaela และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่บราซิลในปี ค.ศ.2019 พบความชุกของภาวะปากแห้งสูงถึงร้อยละ 38.80 อาจเป็นเพราะในการศึกษาดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีอายุเฉลี่ยที่มากกว่า รวมถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของประชากรที่แตกต่างกันตามถิ่นที่อยู่อาศัย

ปัจจัยเรื่องอายุแม้ในการศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุกับความชุกของภาวะปากแห้ง แต่เมื่อพิจารณาความชุกและระดับคะแนนความรุนแรงของภาวะปากแห้งของแต่ละกลุ่มอายุพบว่า ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่าจะพบความชุกของภาวะปากแห้งมากกว่า และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งที่มากกว่า ซึ่งการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับการทำงานของต่อมน้ำลายที่ทำงานลดลงพบว่ามีเพิ่มความชุกเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามในการศึกษาไม่ได้ระบุว่าอายุเป็นสาเหตุหรือความเสี่ยงที่สำคัญสำหรับภาวะปากแห้ง จากการทบทวนวรรณกรรมของ Vissink และคณะ⁽¹⁷⁾ และ จากการศึกษาของ Bing Liu และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในต่อมน้ำลาย เซลล์ที่ผลิตน้ำลายจะลดลง และถูกแทนที่ด้วยส่วนของไขมัน และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเพิ่มขึ้น รวมถึงพบว่า การผลิตน้ำลายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในต่อมน้ำลาย และการผลิตน้ำลายที่ลดลงนี้เองจึงทำให้มีการคาดการณ์ว่า ในวัยสูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะปากแห้งได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาโดยการรวบรวมน้ำลายทั้งหมดจากกลุ่มอายุที่แตกต่างกันสามกลุ่ม (จำนวน 180 ต่อกลุ่ม) และพบว่าผู้ที่มีอายุ (70 ปี) มีอัตราการไหลของน้ำลายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ



จากการศึกษาที่ผ่านมาการใช้ยาเชื่อว่าเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ในการลดการไหลของน้ำลายในผู้สูงอายุ ผลกระทบนี้เป็นสื่อกลางเป็นหลักผ่านฤทธิ์ต้าน โคลิเนอร์จิกของยาหรือผลต่อความสมดุลของของเหลวภายในร่างกายด้าน โรคซึมเศร้า ไตรไซคลิกและยารักษาโรคจิต⁽¹⁶⁾ โดยพบว่าในการศึกษาของ Atkinson และคณะ⁽²⁰⁾ ในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 12 รับประทานยาอย่างน้อย 10 รายการ และร้อยละ 23 รับประทานยาตามใบสั่งแพทย์อย่างน้อย 5 รายการ และการได้รับยาหลายขนานในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงรวมทั้งช่องปากแห้งด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะปากแห้งเป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภาวะปากแห้งนี้อาจมีสาเหตุร่วมกันหลายอย่าง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่บริโภคยาหลายขนาน ซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้นและมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับความทุกข์จากภาวะช่องปากแห้งมากขึ้น ทันตแพทย์จึงควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง เพื่อบรรเทาผลข้างเคียงในช่องปากที่อาจเกิดขึ้น และเนื่องจากสถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 การศึกษานี้จึงทำการเก็บข้อมูลโดยใช้เพียงแบบสอบถาม การศึกษาในอนาคตควรมีการตรวจประเมินทางคลินิกและเก็บตัวอย่างน้ำลายรวมถึงศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และวางแผนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ศศ. ดร. ทพ. อชิรวิรุฑ สุพรรณเภสัช และ ศศ. ดร. ทพญ. รัชฎา ฉายจิตที่ชี้แนะ และให้คำปรึกษา ขอขอบคุณ นางสาวอนุธิดา นิลพันธ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต ที่ให้ความร่วมมือและช่วยประสานงาน รวมถึงทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 28 ตุลาคม 2562]. จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. ระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 29 ตุลาคม 2562]. จาก <https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
3. Lamster IB, Asadourian L, Carmen TD, Friedman PK. The aging mouth: Differentiating normal aging from disease. *Periodontology* 2016; 72(1): 96-107.



4. Han P, Suarez-Durall P, Mulligan R. Dry mouth: A critical topic for older adult patients. *J Prosthodont Res* 2015; 59(1): 6-19.
5. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: Etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003; 134(1): 61-9.
6. Sreebny LM. Saliva in health and disease: an appraisal and update. *Int Dent J* 2000; 50(3): 140-61.
7. Field EA, Fear S, Higham SM, Ireland RS, Rostron J, Willetts RM, et al. Age and medication are significant risk factors for xerostomia in an English population, attending general dental practice. *Gerodontology* 2001; 18(1): 21-4.
8. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med* 2004; 15(4): 221-39.
9. Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc* 2007; 138: S15-20.
10. Johansson AK, Johansson A, Unell L, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. *Gerodontology* 2012; 29(2): 107-15.
11. Orellana MF, Lagravère MO, Boychuk DGJ, Major PW, Flores-Mir C. Prevalence of xerostomia in population-based samples: A systematic review. *J Public Health Dent* 2006; 66(2): 152-8.
12. Ohara Y, Hirano H, Yoshida H, Obuchi S, Ihara K, Fujiwara Y, et al. Prevalence and factors associated with xerostomia and hyposalivation among community-dwelling older people in Japan. *Gerodontology* 2016; 33(1): 20-7.
13. Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
14. Locker D. Xerostomia in older adults: A longitudinal study. *Gerodontology* 1995; 12(1): 18-25.
15. Rafaela Soares Rech, F. N. Factors associated with hyposalivation and xerostomia in older. *Gerodontology* 2019; 1-7.
16. Gil-Montoya JA, Barrios R, Sánchez-Lara I, Carnero-Pardo C, Fornieles-Rubio F, Montes J, et al. Prevalence of drug-induced xerostomia in older adults with cognitive impairment or dementia: An observational study. *Drugs Aging* 2016; 33(8): 611-8.
17. Vissink, A., Spijkervet, F. K. L, Amerongen, A. V. N. Aging and saliva: A review of the literature. *Special Care in Dentistry* 1996; 16(3), 95-103.



18. Liu B, Dion MR, Jurassic MM, Gibson G, Jones JA. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: Prevalence and etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 114(1): 52-60.
19. Smith CH, Boland B, Daureeawoo Y, Donaldson E, Small K, Tuomainen J. Effect of aging on stimulated salivary flow in adults. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(5): 805-8.
20. Atkinson JC, Margaret Grisius, Ward Massey. Salivary Hypofunction and Xerostomia: Diagnosis and Treatment. *Dent Clin North Am* 2005; Apr;49(2):309-26.



ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ด้วยหลักการ 6 building blocks จังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of the Development of Diabetes Management Model based on the Principles of 6 Building Blocks, Sisaket Province.

Received: October 11, 2021

Revised: March 19, 2022

Accepted: March 21, 2022

วนิดา สมภูงา¹, มะลิ สุปัติ²

Wanida Somphunga¹, Mrs.Mali Supatti²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ เพื่อประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ โดยการวิจัยปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. การค้นหารูปแบบด้วยการสร้างพลัง คณะกรรมการบริหารโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ 2. ประเมินรูปแบบ โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินด้วยชุดคำถาม 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ตัวแทนคณะกรรมการบริหารโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ 46 คน รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สันทนาการแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ จัดหมวดหมู่ตามแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3. ประเมินผลลัพธ์ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบโดยมีคณะกรรมการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการนำและการอภิบาล ร้อยละ 91.00 2) ด้านระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข ร้อยละ 87.80 3) ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ร้อยละ 82.60 โอกาสในการพัฒนา 3 ด้าน คือ 1) ด้านระบบบริการ ร้อยละ 65.00 2) ด้านกลไกการคลังด้านสุขภาพ ร้อยละ 64.80 3) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ร้อยละ 63.80 ผลลัพธ์ พบว่า อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 28.83 เป็น ร้อยละ 40.26 ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 48.51 ลดต้นทุนในการตรวจน้ำตาลสะสม หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงบริการมากขึ้น ประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ต้นทุนในการบริการลดลง ลดความเหลื่อมล้ำในการใช้ยา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิผลในการจัดการโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: การบริหารจัดการโรคเบาหวาน, 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ

^{1,2} สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

³E-mail : ncdssk2@gmail.com



Abstract

A study on the Effectiveness of development management of diabetic care system in Sisaket under the conceptual of WHO 6 building blocks. The objective is to evaluate the process and outcome in development management of diabetic care by the process of action research (PAOR cycle). Methodology consist of 3 phases. Phase 1 is to identify the pattern of diabetic care system by empowerment the target group, NCD board committees. Phase 2 is to evaluate the pattern, using questionnaire and evaluation questions with the conceptual of WHO 6 building blocks. Target population are 46 NCD board committees. Data collections are in-depth interview and group discussion. The quantitative data was categorized and analyzed by using descriptive statistics, percentages , mean and standard deviation. Phase 3 is evaluating the outcome by comparing the pre and post developmental results.

The development management of diabetic care system are consist of 3 effective parts, Leadership 91.00%, Information System 87.8% and Access to Essential Medicines 82.6% and 3 essential gap that has to be develop, Service Delivery 65.00%, Financing 64.8% and Health Workforce 63.8%. The results also showed that The rate of control blood sugar and the efficacy rate was increase. Moreover, the cost of HbA1c test also decreased. After the developmental process, The access to health care services and efficacy of control blood sugar are increase, the cost of services is decreased. The effectiveness of the development management of diabetic care system in Sisaket is increased.

Keywords : Diabetes Management Model, Six Building Block

^{1,2}Sisaket Province Health Office

³E-mail : ncdssk2@gmail.com



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมถึงเป็นแผลงายหายยาก ซาปลายมือปลายเท้า⁽¹⁾ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่ พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 463 ล้านคนหรือ 1 ใน 10 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽²⁾ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2558 มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวาน 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.90 หรือ ประมาณ 4 ล้านคน จากการจัดอันดับการเสียชีวิตของคนไทยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีสถิติการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2556 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราเสียชีวิต 14.93 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 122.09 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 หรือคิดการเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 31 คน⁽³⁾ ค่าเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ร้อยละ 40.00 สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ไตวาย จอประสาทตาเสื่อม ตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบส่งผลให้ผู้ป่วย ทุพพลภาพ รวมถึงการเสียชีวิต⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ คือ เกิดภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนมาก ดังนั้น เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการนำกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks)⁽⁵⁾ มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น

จังหวัดศรีสะเกษโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีอำนาจหน้าที่ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 กล่าวคือ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัด 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานกับหน่วยงานในสังกัดให้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวง ซึ่งกระจายอยู่ใน 22 อำเภอ จังหวัดจึงได้มีการนำนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่การขับเคลื่อนมาตรการต่างๆสู่การปฏิบัติไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ไม่มีคณะทำงาน ไม่มีการวิเคราะห์ ทิศทาง หรือ กำหนดแนวทางการดำเนินงานของตนเอง ไม่มีการทบทวนการดำเนินงาน มีเพียงการสรุปผลการ



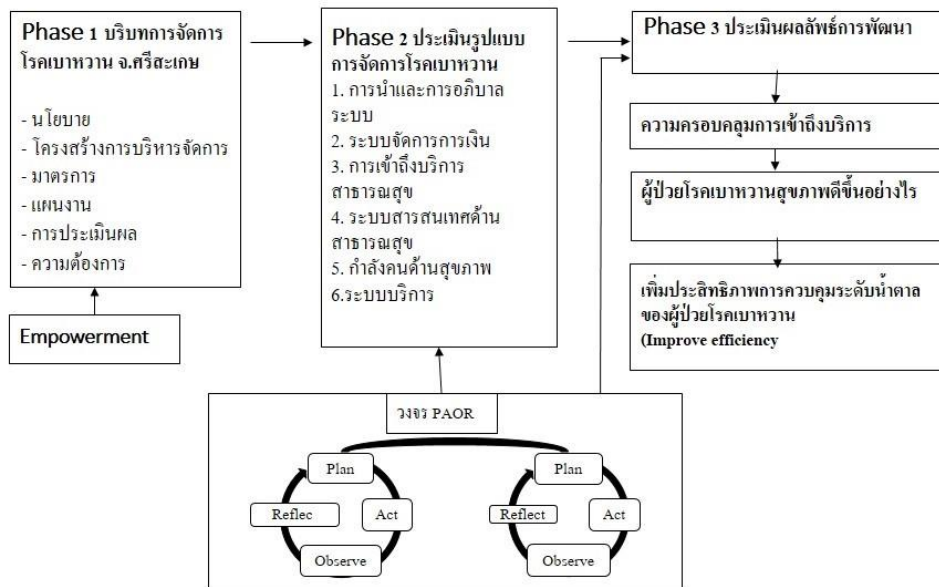
ดำเนินงานเป็นรายปี ผลลัพธ์จากการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยระบบดังกล่าว พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 28.83 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ มากกว่า ร้อยละ 40 ระบบการบริการพบว่า ขาดพยาบาลจัดการรายกรณี ค่าใช้จ่ายในการตรวจน้ำตาลสะสม (HbA1c) 150 บาทต่อการตรวจหนึ่งครั้ง ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง ความครอบคลุมการตรวจน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 66.30 ซึ่งต่ำ ในปี 2560 ผลการบริหารจัดการระบบโรคเบาหวานพบปัญหาเช่นเดิม เพื่อพัฒนาระบบบริการดังกล่าวให้ดีขึ้นและมีประสิทธิผลมากขึ้น จังหวัดศรีสะเกษจึงนำกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการบริหารจัดการโรคเบาหวาน และใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ นับแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษภายใต้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพเป็นอย่างไร มีประสิทธิผลอย่างไร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ของจังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการบริหารจัดการโรคเบาหวานรูปแบบใหม่ ภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยการสร้างพลังคณะกรรมการบริหารโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ (NCD Board) และใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis ; & Mc Taggart, 1990:11) กำหนดรูปแบบของแต่ละรอบ เพื่อนำผลการปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการดังภาพที่ 1



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) รูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks) หลังได้ดำเนินการพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (PAOR) และนำไปปฏิบัติ ก่อนนำมาประเมินผลการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ

ขอบเขตการวิจัย

ด้านสถานที่ การพัฒนารูปแบบครั้งนี้เน้นศึกษาขอบเขตเฉพาะรูปแบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ด้านเนื้อหา ศึกษาการจัดการระบบตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักสุขภาพ ได้แก่ การนำและการอภิบาลระบบ การจัดการด้านการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข กำลังคนด้านสาธารณสุข และระบบบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ (NCD Board) ปีงบประมาณ 2564 รวมทั้งสิ้น 123 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารระดับจังหวัด จำนวน 3 คน เลือก 1 คน ผู้บริหารระดับอำเภอ จำนวน 44 คน เลือก 22 คน แพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน เลือก 1 คน และผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานระดับอำเภอ จำนวน 66 คน เลือก 22 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกทั้งสิ้น 46 คน



เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน และ ประสบการณ์ในการทำงานด้านโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วยประเด็น ตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลกได้แก่ 1)ระบบบริการ 2)กำลังคนด้านสุขภาพ 3)ระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข 4) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข 5) ระบบจัดการการเงิน และ 6) การนำและการอภิบาลระบบ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วยประเด็นตาม 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการนำและการอภิบาลระบบ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านระบบจัดการการเงิน จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และ 6) ด้านระบบบริการ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดย 1 คือน้อยที่สุด และ 5 คือมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในคลินิกโรคเบาหวาน 2 ท่าน พบว่าการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.90 หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) แบบประเมินรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วยประเด็นตาม 6 เสาหลักสุขภาพ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในคลินิกโรคเบาหวาน 2 ท่าน พบว่า การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.85 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ไม่ต่ำกว่า 0.80 (Polit & Beck,2017) ⁽⁶⁾ มีการให้ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ ให้ปรับรูปแบบให้เข้ากับบริบทจังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนกข้อมูลตามปัจจัยส่วนบุคคล และจัดหมวดหมู่



2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยจำแนกคะแนนประเมินรูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดช่วงค่าคะแนน $I = 1$

4.5-5.0 คะแนน	= ระดับดีมาก
3.5-4.49 คะแนน	= ระดับดี
2.5-3.49 คะแนน	= ระดับปานกลาง
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 คะแนน	= ระดับพอใช้

3) การเปรียบเทียบผลต่างของผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริหารจัดการโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ระบบบริหารจัดการโรคเบาหวาน ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และต้นทุนในการตรวจน้ำตาลสะสม (HbA1C)

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1 ส่วนใหญ่อายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ 43.48 การศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 80.43 สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาดกลาง ร้อยละ 78.26 ประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 69.76

2) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks)
 ตารางที่ 1 ตารางสรุปรูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ตามองค์ประกอบ 6 เสาหลักสุขภาพ

องค์ประกอบ 6 เสาหลักสุขภาพ	รูปแบบเดิม	การพัฒนารูปแบบในการศึกษารั้งนี้
1. ด้านการนำและการอภิบาลระบบ (leading /Governance)	1. นำนโยบายกระทรวงลงสู่การปฏิบัติ โดยไม่ได้ปรับหรือเพิ่มเติมให้เข้ากับบริบทจังหวัด 2. ไม่มีการวิเคราะห์ ทิศทาง นโยบาย หรือกำหนดวิสัยทัศน์ 3. มีการกำกับติดตามโดยการนิเทศ ผสมผสานปีละ 2 ครั้ง 4. ไม่มีการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากร	แต่งตั้งคณะกรรมการ 2 ชุด ได้แก่ 1. คณะกรรมการบริหารโรคเบาหวาน (NCD Board) มีหน้าที่กำหนดนโยบาย สนับสนุนคน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ 2. คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Service Plan NCD) มีหน้าที่จัดทำแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาคน พัฒนาข้อมูล จัดหาวัสดุอุปกรณ์



องค์ประกอบ 6 เสาหลักสุขภาพ	รูปแบบเดิม	การพัฒนาในรูปแบบในการศึกษารั้งนี้
	5. ไม่มีการทบทวนการดำเนินงาน มีเพียงการสรุปผลการดำเนินงานเป็นรายปี	3. มีการประชุมคณะกรรมการปีละ 2 ครั้ง 4. กำกับติดตามประเมินผล โดยวิธีการจัดลำดับอำเภอ (Ranking) ปีละ 2 ครั้ง
2. ด้านระบบ จัดการการเงิน (Financing)	1. โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดซื้อ จัดจ้างวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ 2. ไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนหรือความครอบคลุมการจัดบริการ 3. ไม่มีการจัดลำดับความสำคัญในการจัดหาวัสดุ 4. จัดซื้อตามงบประมาณที่มี เมื่อเกิดปัญหา มีการศึกษากระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง	แต่งตั้งคณะกรรมการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด ได้แก่ 1. คณะกรรมการจัดซื้อร่วมด้านเวชภัณฑ์ มีหน้าที่ จัดหาเวชภัณฑ์ นำเวชภัณฑ์เข้าสู่บัญชียาของจังหวัด 2. คณะกรรมการจัดซื้อร่วมด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ มีหน้าที่กำหนดคุณลักษณะ กำหนดราคา 3. มีการประชุมติดตามงบประมาณ ทบทวนกระบวนการจัดซื้อทางพัสดุ ทุกเดือน สํารวจและจัดทำบัญชียาในโรงพยาบาลทุกแห่ง
3. ด้านการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข (Access to Essential Medicines)	1. ไม่มีคณะกรรมการพิจารณาบัญชียา 2. ไม่มีการสำรวจและจัดทำบัญชียา 3. ใช้แนวทางในการรักษาตามแนวทางสมาคมโรคเบาหวาน	1. แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรม มีหน้าที่ จัดทำบัญชียา พิจารณานำเข้าบัญชียา กระจายยา ลดความเหลื่อมล้ำการใช้ยาในโรงพยาบาลเล็ก โรงพยาบาลใหญ่ 2. มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรม ทุกสองเดือน 3. จัดทำระบบ Tele -medicine ระบบ Line consult
4. ด้านระบบสารสนเทศด้าน สาธารณสุข (Health Information	1. การจัดทำทะเบียนผู้ป่วยแยกโรคเป็นเอกสาร ข้อมูลในแต่ละทะเบียนไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้	1. แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลระบบข้อมูล มีหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 2. วางระบบการเชื่อมโยงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต



องค์ประกอบ 6 เสาหลักสุขภาพ	รูปแบบเดิม	การพัฒนาในรูปแบบในการศึกษารั้งนี้
System)		3. วิเคราะห์ข้อมูล ก็นข้อมูลให้เครือข่าย 4. มีการประชุมพัฒนาระบบข้อมูล ปีละ 1 ครั้ง มีการนิเทศติดตามระบบข้อมูล ปีละ 2 ครั้ง
5. ด้านกำลังคน ด้านสุขภาพ (Health Workforce)	1. ทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุกวิชาชีพ	1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา มีหน้าที่จัดสรร ฝึกอบรมบุคลากร กำหนดกรอบทีมสหวิชาชีพ 2. มีการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนปีละครั้ง 3. กำหนดสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้ 3.1) ระดับจังหวัด: System manager 3.2) โรงพยาบาล : พยาบาลจัดการรายกรณี (Case manage) 3.3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : Mini-case manager
6. ด้านระบบบริการ (Service Delivery)	1. จัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยไม่ได้จำแนกระดับความรุนแรง 2. ในโรงพยาบาลขนาดเล็กจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ไม่ได้แยกเฉพาะโรค	1. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโรคเบาหวาน (NCD Board) จังหวัดศรีสะเกษ 2. กำหนดให้มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวานใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด 3. การพัฒนาคลินิกบริการตามแนวทาง NCD Clinic คุณภาพ 4. จัดระบบคัดกรอง ปรับพฤติกรรมส่งต่อ ตรวจภาวะแทรกซ้อน



3) ผลลัพธ์การประเมินการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ

3.1) การประเมินรูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 การประเมินผลการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ภายหลังจากพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานตาม 6 เสาหลักสุขภาพของจังหวัดศรีสะเกษ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 46)

6 building blocks	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
1. การนำและการอภิบาลระบบ (Leadership)	91.00	4.55	0.12	2	5
2. กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	64.80	3.24	1.18	1	5
3. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Access to Essential Medicines)	82.60	4.13	0.14	2	5
4. ระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข (Health Information System)	87.80	4.39	0.32	1	5
5. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	63.80	3.19	0.24	1	5
6. ระบบบริการ (Service Delivery)	65.00	3.25	1.19	1	5
คะแนนรวมโดยเฉลี่ย	75.80	3.79		1	5

จากตารางที่ 2 การประเมินผลการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ภายหลังจากพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานตาม 6 เสาหลักสุขภาพของจังหวัดศรีสะเกษ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 46) พบว่า มีคะแนนรวม โดยเฉลี่ย 3.79 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบ การนำและการอภิบาลระบบ มีคะแนนสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.55 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.12 คะแนนต่ำสุด = 2 คะแนนสูงสุด = 5) รองลงมา ได้แก่ ระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ย 4.39 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ย 4.13 ระบบบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 3.25 กลไกการคลังด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 3.24 กำลังคนด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 3.19 ตามลำดับ

3.2) ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ

1) การนำและการอภิบาลระบบ ผลลัพธ์จากพัฒนา มีแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดศรีสะเกษ โดยอ้างอิงแนวเวชปฏิบัติผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร



2) ระบบจัดการการเงิน ผลลัพธ์จากพัฒนา ลดราคา HbA1c ลง จาก ราคา 150 บาท ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 75 บาท ในปี พ.ศ. 2564 และผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจน้ำตาลสะสม (HbA1C) เพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 66.30 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 82.99 ในปี พ.ศ. 2564

3) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ผลลัพธ์จากพัฒนา มีการบรรจุยา Pioglitazone, Insulin, losartan, Metoprolol, Hydralazine, Simvastatin 40 mg ใน โรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 66.30 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 82.99 ในปี พ.ศ. 2564

4) ระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข ผลลัพธ์จากพัฒนาการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic FU) เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 50.04 ในปี พ.ศ. 2559 เป็น ร้อยละ 90.40 ในปี พ.ศ. 2564

5) กำลังคนด้านสุขภาพ ผลลัพธ์จากพัฒนา มีพยาบาลจัดการรายกรณี จำนวน 20 โรงพยาบาล ขนาด 2 โรงพยาบาล เนื่องจากสถานที่ฝึกอบรม มีพยาบาล Mini-case manager ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 255 แห่ง ครอบคลุมแห่ง โรงพยาบาลเพิ่มอัตรากำลัง โภชนากร/นักกำหนดอาหาร ครอบคลุมโรงพยาบาล

6) ระบบบริการ ผลลัพธ์จากพัฒนา อัตราควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 28.83 ในปี พ.ศ. 2559 เป็น ร้อยละ 40.26 ในปี พ.ศ. 2564 และเพิ่มประสิทธิผลการควบคุม ระดับน้ำตาล (Efficiency) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากร้อยละ 43.48 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 48.51 ในปี พ.ศ. 2564

อภิปรายผลการวิจัย

1. การนำและการอภิบาลระบบ (Leadership) พบว่า ภาวะผู้นำ ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของบุคลากร เป็นจุดเด่นของจังหวัดศรีสะเกษ การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม และการมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนในทุกระดับ ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกับ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานเป็นทีมของพัฒนากรในพื้นที่ความรับผิดชอบต่อศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้แก่ การกำหนดภารกิจของหน่วยงานและกลยุทธ์ ในการบริหารงาน, สภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน, การรวมทีม, วัฒนธรรมองค์กร, การจัดการ ความรู้ และการคิดเชิงบวก” (วนิดา สาดตระกูล ,2561)⁽⁷⁾ และหน่วยบริการสุขภาพมีแนวทางให้บริการที่ชัดเจน และให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (มณฑริกา แพงบุคดี ,วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์,2564)⁽⁸⁾



2. กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing) ผลการวิจัยพบว่า การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัดสามารถลดต้นทุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ สอดคล้องกับ “ข้อตกลงในการจัดซื้อในปริมาณมากเป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างอำนาจในการจัดซื้อตลอดช่วงระยะเวลาหนึ่งระหว่างธุรกิจหรือหน่วยงานต่างๆ และการเพิ่มอำนาจต่อรองกับผู้จัดส่งสินค้านำมาสู่การลดราคาสินค้า และการลดต้นทุนการบริหาร” (กมลชนก สุทธิวาทนนฤพุฒิ และคณะ, 2546)⁽⁹⁾

3. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Access to Essential Medicines) ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมการใช้ยาที่หลากหลายช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสโดยพบว่า “การที่ผู้ป่วยประเมิน สถานการณ์ของการเปลี่ยนยารักษาเบาหวานเป็นยาฉีดอินซูลินในทางบวก ได้แก่ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยทำให้เกิด การยอมรับ ร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา” (ภัทรมนัส มณีจิระประภา , 2560)⁽¹⁰⁾

4. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System) ผลการวิจัยพบว่า การเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ นำไปสู่การบริหารจัดการข้อมูลที่ดี สอดคล้องกับ พบว่า “การบริหารจัดการ ระบบสารสนเทศที่ทำให้เกิดการเพิ่มพูนการเรียนรู้ในองค์การที่มีผลการดำเนินงานดี” (ภักติกัญญา ธรรมโชโต และคณะ 2560)⁽¹¹⁾

5. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาความรู้และทักษะของ ผู้ให้บริการมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการ สอดคล้องกับ “โปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกส่งผลให้ พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มขึ้น และเป็นกลยุทธ์ในการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เฉพาะด้านของตนให้เกิดความเชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาผู้ การเป็น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญได้ตามลำดับ” (มะลิวัลย์ อังคณิตย์ และคณะ, 2563)⁽¹²⁾

6. งานบริการสุขภาพ (Service Delivery) ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมให้ผู้บริหาร และบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจรูปแบบอย่างชัดเจน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ “ความรู้ด้านสุขภาพมีการเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือและการสร้างแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง ในการทำความเข้าใจประเมินและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเลือกแนวทางและการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการป้องกัน โรคและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อรักษาหรือปรับปรุงคุณภาพของ ชีวิตในช่วงชีวิต” (วรรณภากรณ์ จงกลาง, นาฎนภา หีบแก้ว ปัทมาสุวรรณ์, 2564)⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1) รูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการ โดยคณะกรรมการบริหารโรคเบาหวาน คณะกรรมการเครือข่ายบริการ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Service Plan) และ



คณะกรรมการ จัดซื้อร่วมระดับจังหวัด ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดต้นทุนการจัดบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ

1.2) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ในบางองค์ประกอบยังมีส่วนขาดที่ต้องพัฒนายกระดับคุณภาพการบริหารจัดการโรคเบาหวาน โดยเฉพาะ องค์ประกอบที่ 2 กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing) ในด้าน การตระหนักด้านการจัดการบริการที่คุ้มค่า คุ้มค่า และวิเคราะห์ต้นทุนในการจัดซื้อ โดยจัดลำดับตามความสำคัญ และองค์ประกอบที่ 6 ระบบบริการ (Service Delivery) ในด้านการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ (<3 คะแนน)

1.3) ในการนำระบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ ไปใช้ ควรดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ โดยเน้น 3 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารจัดการโรคเบาหวาน (NCD Board) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวาน (Service Plan) และกรรมการจัดซื้อร่วมเวชภัณฑ์ครุภัณฑ์ระดับจังหวัด

1.4) ควรนำรูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษมาประยุกต์ใช้กับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

2) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรนำรูปแบบนี้ไปทดสอบประสิทธิผลกับพื้นที่อื่น หรือโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2.2) ควรมีการดำเนินการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์การจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน จัดทำแนวทางการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจภาวะแทรกซ้อน โดยอ้างอิงแนวทางสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

2.3) ควรศึกษาผลกระทบต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน . มารู้อัจโรคเบาหวานกันเถอะ แหล่งข้อมูล www.thaide.org/ เบาหวาน ปี 2563 . [สืบค้นเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2564]
2. ชัยวัฒน์ ดาราสิขณน์.ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ,วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2562
3. World Health Organization. Global report on diabetes . Available From ; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf. 2016 [cited 2017 Jul 1]



4. วิจัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย:นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์ 2555.
5. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services 2010.
6. Polit, D.F. & Beck, C.T.. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed). Philadelphia: PA: Wolters Kluwer 2017.
7. วนิตา สาดตระกุลวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการจัดการคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี .วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561.
8. มัณฑริกา แพงบุคดี ,วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์.การพัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชนตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น .วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564.
9. Arunee Paisanpanichkul. Model of Nursing Organization Development of Community Hospital That Upgraded to General Hospital According to The Service Plan : A Case study of Sawangdandin Crown Prince Hospital 2019.
10. มะลิวัลย์ อังคณิตย์ . การพัฒนารูปแบบ คุณภาพระบบบริหารการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของ กลุ่มงานวิจัยและสภากาพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด .วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563.
11. ภักดิ์ัญญา ธรรมโชติ และคณะ. รูปแบบบริหารจัดการระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนองค์การแห่งการเรียนรู้ ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ , มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2560.
12. มะลิวัลย์ อังคณิตย์ และคณะ. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนากาพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด , วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2563.
13. วรณภรณ์ จงกลาง,นาฎนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ .ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564.



การพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคม ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง

The Development of Guideline for Preventing the Spread of Tuberculosis infection according to Health and Social Dimension in the Correctional Institution

Received: December 11, 2021

Revised: March 15, 2022

Accepted: April 1, 2022,

เกษรภรณ์ บรรณวงศิลป์¹, ระพีพัฒน์ อาราชฤทธิ์², วิโรจน์ แต่งตั้ง³

Kasaraporn bannawongsil¹, Rapeepat arach², Wirote thangduang³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษในเดือนพฤษภาคม 2561 ถึงเมษายน 2562 โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 46 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ 3 คน อาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) 30 คน และผู้ป่วยวัณโรคในปอด 13 คน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ขึ้นพัฒนาแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค สะท้อนปัญหาการจัดการระบบการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ทั้งจากตัวผู้ต้องขังและอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) เสี่ยงต่อโอกาสที่จะรักษาวัณโรคให้หายขาด โดยการศึกษาด้านมิติสุขภาพและสังคม ครอบครัว และเพื่อนผู้ต้องขังได้เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา มีระบบคัดกรองการนำส่งวัณโรคติดตามถึงชุมชนของผู้ต้องขังที่ป่วยวัณโรคที่ชัดเจน 2) การพัฒนาแนวทางลงสู่การปฏิบัติได้แก่ 2.1) แนวทางพัฒนาผู้ต้องขังที่เป็นอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ให้มีการอบรมความรู้ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การดูแลและรับประทานยา (DOT) โดยพบว่า ผู้ป่วย 13 คน รักษาหาย 11 คน คิดเป็นอัตราสำเร็จร้อยละ 84.61 ผลการประเมินด้านความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90 ปฏิบัติตามแนวทางได้ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 95 2.2) แนวทางการคัดกรองผู้ต้องขังใหม่ตามการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคม ทุกรายปฏิบัติตามแนวทางได้ ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค, มิติสุขภาพ, สังคม, ทัณฑสถานบำบัดพิเศษ

¹ โรงพยาบาลขอนแก่น

^{2,3} ทัณฑสถานบำบัดพิเศษ ขอนแก่น



Abstract

This research is a participatory developmental research of prison volunteers and caregivers of tuberculosis patients in special correctional institutions. The objectives of this research was a participatory development of prison volunteers and caregivers of TB in the correctional institution to develop and examine of using guidelines for preventing the spread of TB by health and social dimensions of TB patients in the correctional institution from May 2018 to April 2019. The sample group was selected by purposive sampling, 46 participants, including 3 professional nurses for TB patients, 30 prison volunteers, and 13 TB patients.

The results showed that 1) the development of guidelines reflected the problems of inconsistent care management, leading a cause of having risks to be cured of TB. By studying health and social dimensions, the inmates' families and friends helped to solve the problem. Moreover, there was a clear screening system for TB transmission to community of TB inmates. 2) Development of guidelines into practice, including 2.1) guidelines of improving prison volunteers for knowledge training on TB transmission prevention, drug and treatment (DOT). It was found that 11 of 13 patients were cured, representing a success rate of 84.61%. The evaluation of knowledge after development and following the guidelines rates increased by 90 percent and 95 percent, respectively. 2.2) guidelines for screening new prisoners to prevent the spread of TB by health and social dimensions, all of them followed guidelines 100%.

Keywords : prevention of tuberculosis transmission, health dimensions, society, correctional institutions

¹ Khon Kaen Hospital

^{2,3} Khonkaen Correctional Institution For Drug Addicts



บทนำ

วันโรคเป็นโรคติดต่อที่กำลังเป็นปัญหา สาธารณสุขอย่างกว้างขวางทั่วทุกภูมิภาคของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2550 ทั่วโลกพบว่า มีเสียชีวิตจากการป่วยเป็นวันโรค ถึง 1.3 ล้านราย ซึ่งในประเทศไทยพบอัตราตายจากการป่วยเป็นวันโรค 21 รายต่อแสนประชากร ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวันโรคสูง ผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ (Risk population) ต่อการป่วยเป็นวันโรค เนื่องจากมีการย้ายเข้า-ออก ของผู้ต้องขังตลอดเวลา ประกอบกับสภาพแวดล้อมในเรือนจำที่มีข้อจำกัด ทั้งด้านสถานที่และจำนวนผู้ต้องขังหนาแน่น ทำให้ง่ายต่อการแพร่กระจายเชื้อวันโรค โดยเฉพาะจะมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป 6-8 เท่า⁽¹⁾ หลักการควบคุมวันโรค คือ คั่นผู้ป่วยให้พบเร็ว ที่สุดและรีบรักษาให้หาย เพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ โดยการควบคุมโรคอย่างเข้มข้นใน ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวันโรค ส่งผลให้ลดการเกิดโรคเร็วขึ้น สถานการณ์วันโรคใน เรือนจำที่ผ่านมา นโยบายการเร่งรัดคั่นหาวันโรคในเรือนจำ ทำให้พบผู้ป่วยวันโรค เข้าสู่ระบบ รายงานเพิ่มมากขึ้น มีการรายงานผู้ต้องขังที่ขึ้นทะเบียนรักษามากถึง 4,000 รายต่อปี และมีผลการรักษา สำเร็จประมาณร้อยละ 90 แต่ยังมีปัญหาเรื่องการโอนออก และการขาดยา เนื่องจากผู้ต้องขังมีการ เคลื่อนย้ายสูง โดยผู้ต้องขังบางส่วนเมื่อศาลตัดสินความผิดแล้วถูกย้ายไปคุมขังในเรือนจำที่มีความ มั่นคงระดับต่างๆ หรือบางส่วนย้ายกลับไปคุมขังตามภูมิลำเนา หรือย้ายระหว่างเรือนจำ เพื่อลดความ แออัด⁽²⁾ สถานการณ์ผู้ป่วยวันโรค โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 893 คน อัตราป่วยด้วย วันโรค 222.67 ต่อแสนประชากร และส่วนหนึ่งที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลขอนแก่น คือ ผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ⁽³⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่มีปัจจัย เสี่ยงที่เอื้อต่อการแพร่เชื้อวันโรคสูงและผู้ต้องขังต้องอยู่รวมกันเกิน 15 ชั่วโมงต่อวัน อาจแพร่เชื้อไปสู่ ผู้ต้องขังอื่น จากข้อมูล ณ ปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยในทัณฑสถานบำบัดพิเศษที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 16 คน อัตราสำเร็จของการรักษาร้อยละ 68.75 อัตราตายร้อยละ 12.50 ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วย วันโรคปอด 13 คน รักษาหาย 11 คนอัตราสำเร็จของการรักษาร้อยละ 84.64⁽⁴⁾ ซึ่งผู้ป่วยวันโรคกลุ่มนี้ อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลขอนแก่น โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคมได้รับมอบหมายงานควบคุม วันโรคของผู้ต้องขังร่วมกับบุคลากรในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ แต่ในแนวปฏิบัติยังไม่มีแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลมิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวันโรค ครอบคลุมถึงวิถีการดำรงชีวิตตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ รวมถึงสภาวะแวดล้อม ทั้งทางกายภาพวิถีการดำรงชีวิตความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ต้องขังและความสัมพันธ์กับโลก ภายนอก ตลอดจนการได้แรงบันดาลใจทางสังคมจาก 5 แหล่ง ได้แก่ 1) ครอบครัว 2) กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) หรือผู้ป่วยที่เคยเป็น โรคมึประสบการณ์การรักษามาก่อนและมีอาการดีขึ้น 3) องค์กรศาสนา 4) กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล 5) กลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ ที่เข้ามาให้



การช่วยเหลือสนับสนุน^(5,6) และปัญหาวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษมาวิเคราะห์และพัฒนา
ออกแบบ

จากความสำคัญของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเรือนจำ (อสจร.) และผู้ดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคมในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง
ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วงจรเดมมิ่ง ที่มีการสร้างแนวทางโดยการมีส่วนร่วมของ
พยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลสุขภาพในทัศนสถานบำบัด ในแนวทางคัดกรองผู้ต้องขังใหม่ทุกราย และ
แนวทางการรักษาและการรับประทายยา และกลุ่มอาสาสมัครเรือนจำ (อสจร.) ที่เป็นจิตอาสา ที่มี
ความรู้และเข้าใจเรื่องวัณโรคพร้อมทำงานช่วยเหลือผู้ต้องขังที่ป่วยได้ ส่งผลให้สามารถป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำและดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษได้อย่างมี
คุณภาพและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์มิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ
แห่งหนึ่ง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ
แห่งหนึ่งและผลของการใช้แนวปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในทัศนสถานบำบัดฯ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงพัฒนา (Development research) มี 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็น
การศึกษาศาษาปัญหาการจัดการทางการแพทย์ และแนวทางการแก้ไขปัญหา ระยะที่ 2 สร้างและ
พัฒนาแนวทางปฏิบัติจากปัญหาที่ศึกษา และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 3 นำแนวทางการป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อวัณโรค ตามมิติสุขภาพและสังคมในทัศนสถานบำบัดพิเศษสู่การปฏิบัติ ในระยะที่ 2
และระยะที่ 3 ใช้วงจรเดมมิ่ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การวางแผน (Plan) นำแผนสู่การปฏิบัติ (Do)
3) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Check) 4) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Action) อย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾
มีจุดมุ่งหมายเพื่อ พัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค แบบมีส่วนร่วมของพยาบาล
และจิตอาสาในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่งกับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ
ประสานงานการดูแลของโรงพยาบาลขอนแก่น



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจงเพื่อศึกษาวิเคราะห์หาข้อสรุปเชิงทฤษฎี มีดังนี้

- 1) ผู้ให้ข้อมูลระดับหน่วยงาน คือ พยาบาลผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทันตสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง จำนวน 3 คน
- 2) ผู้ให้ข้อมูลระดับบุคคลคือผู้ป่วยวัณโรคในทันตสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่งจำนวน 13 คน
- 3) อาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สำหรับอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้ที่อ่านออกเขียนได้สามารถถ่ายทอดและสื่อสารได้สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัย เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 13 คน โดยกรองจากผู้ต้องขัง 1,900 คน เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

กระบวนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการจัดการทางการแพทย์ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

การวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาทำความเข้าใจสภาพปัญหา ระบุปัญหา จัดแยกหมวดหมู่ของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์โดยการมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะ เพื่อพิจารณาถึงสิ่งที่ต้องการแก้ปัญหา และผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยพิจารณาถึงทรัพยากรที่มีอยู่ในองค์กรประกอบด้วย คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการ ตลอดจนอุปสรรค หรือข้อมูลที่พบ จากการศึกษามิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทันตสถานบำบัดพิเศษเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า

ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนาแนวทางปฏิบัติจากปัญหาที่ศึกษา และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนปฏิบัติการ (Plan: P) กำหนดประเด็นปัญหาในการสร้างแนวทางการคัดเลือกเรื่องที่จะนำมาพัฒนา กำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ ทำตามแผน (DO) ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กับทีมพัฒนาแนวทางและร่วมกัน สร้างแนวทาง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ได้ศึกษารายละเอียดและรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหา เสนอต่อทีมผู้ร่วมพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ตามมิติสุขภาพและสังคมในทันตสถานบำบัดพิเศษซึ่งประกอบด้วย พยาบาลที่ดูแลทันตสถานบำบัดพิเศษ อบรมอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในการรับประทานยา (DOT)⁽⁸⁾ ในการประชุมผู้ร่วมพัฒนาแนวทางฯ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบประกอบด้วย ด้านบุคลากร (Man)



คือ ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และสถานที่ ด้านอุปกรณ์ (Material) คือ ยา แผ่นพับ เอกสาร ด้านกระบวนการ (Process) แนวทางไม่ชัดเจน การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุม และเห็นด้วยที่ควรจะร่วมกันสร้างแนวทางฯ โดยมุ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เอกสารวิชาการ และทบทวน เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสร้างแนวทาง เพื่อเตรียมนำเสนอต่อทีมผู้ร่วมพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 ติดตาม และประเมินผล (Check) ปรับปรุงแก้ไขแนวทางผู้วิจัยนำเสนอแนวทางฯ ที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 1 ต่อทีมผู้ร่วมพัฒนาแนวทางฯ และร่วมกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ทบทวนเอกสาร เสนอแนวคิดการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย ที่ได้จากการสนทนากลุ่มร่วมกับทีมและได้คัดเลือกแนวทาง

ขั้นตอนที่ 4 แนวทางแก้ไข ปรับปรุง (Act) ผู้ศึกษานำข้อสรุปที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 2 มาปรับปรุงเพิ่มเติมจัดทำแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ตามมิติสุขภาพและสังคม ในทันตสถานบำบัดพิเศษและร่างคู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย กำหนดขอบเขตของการใช้คู่มือ กำหนดผู้รับผิดชอบแนวทางฯ ประเมินคุณภาพของแนวทาง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำเสนอผลการประเมินเพื่อให้ง่าย สะดวก เหมาะสม ผู้วิจัย นำเสนอรายละเอียดของแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคมในทันตสถานฯ

ระยะที่ 3 นำแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ตามมิติสุขภาพและสังคม ในทันตสถานบำบัดพิเศษสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan: P) โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 2 มาวางแผนในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติทำตามแผน (DO) นำแนวทางที่ได้มาใช้ในหน่วยบริการทุกแห่ง ในทันตสถานบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 ติดตาม และประเมินผล (Check) โดยการประเมินคุณภาพ ด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ได้มีการสังเกตการณ์ปฏิบัติของบุคลากร ควบคุม ตรวจสอบ จดบันทึกขณะดำเนินการ ปฏิบัติตามแนวทางฯ ประเมินผลลัพธ์โดยการสอบถาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการนำแนวทางฯ มาใช้รวบรวมข้อมูล ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่หน่วยงาน ในการใช้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ตามมิติสุขภาพและสังคมในทันตสถานบำบัดพิเศษ

ขั้นตอนที่ 4 แนวทางแก้ไขปรับปรุง(Act) ผู้วิจัยร่วมกับทีมบุคลากรผู้ให้บริการในทันตสถานบำบัดพิเศษ ร่วมกันประเมิน ปัญหาอุปสรรค และปรับแก้ไข เพื่อพัฒนาให้แนวทางฯ มีความชัดเจน และเป็นไปได้ยิ่งขึ้น รวบรวมข้อมูล ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่หน่วยงาน ในการใช้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ตามมิติสุขภาพและสังคมในทันตสถานบำบัดพิเศษ เพื่อพัฒนาต่อไป



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ที่ประกอบด้วย แนวคำถามหลักโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview)

2. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้สร้างและตรวจสอบเครื่องมือจากการกำหนดประเด็นคำถามและร่างคำถามและได้นำร่างแบบสัมภาษณ์เสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นความเที่ยงตรง ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้และนำข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. หลังจากนำข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขร่างแบบสัมภาษณ์แล้ว คณะผู้วิจัยได้คืนข้อมูลให้ประชากรเป้าหมาย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ การตรวจสอบโดยข้อมูลแบบสามเส้าหรือไตรมิติ (Triangulation) เพื่อความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาไปทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) คือ อ่านเข้าใจง่ายและสะดวกในการตอบ โดยนำไปทดสอบกับผู้ต้องขังในเรือนจำแห่งหนึ่งที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรในการวิจัย จำนวน 2 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการทัณฑสถานบำบัดพิเศษซึ่งแจ้งรายละเอียดของการวิจัย เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลและโดยใช้สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview protocol)

1. แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ที่ประกอบด้วย แนวคำถามหลักโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) การเก็บข้อมูลของผู้วิจัยพร้อมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อประสานงาน กับเจ้าหน้าที่และพยาบาล การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากระเบียนข้อมูลผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรค ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์ และขออนุญาตทำการบันทึกเสียง คือผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง จำนวน 2 คน ผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน อาสาสมัครเรือนจำ จำนวน 30 คน โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 30-45 นาที

2. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เก็บข้อมูลมีการใช้แนวทางกับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค อาสาสมัครเรือนจำ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาของการศึกษา แบ่งการวิเคราะห์ ข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ 1) เชิงปริมาณ จำนวน ความถี่ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลมาจัดกลุ่มความหมาย แยกออกเป็นประเด็น (content analysis) โดยจำแนกข้อมูลและจัดกลุ่มข้อมูลที่มีลักษณะร่วมหรือมีความหมายเหมือนกันไว้ด้วยกัน จากนั้นให้ความหมายหรือจำแนกชื่อแก่กลุ่มข้อมูลนั้นๆ (Them) เพื่อหาข้อสรุป นำเสนอข้อมูลเป็นข้อความแบบบรรยาย ซึ่งอาจเสริมคำพูดของผู้สัมภาษณ์บางตอนเพื่อสื่อความหมายให้ชัดเจน

2. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEMOU61012 ณ วันที่ 3 มีนาคม 2561 ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยที่มีหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ในมิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า

1.1 สิ่งแวดล้อมภายใน พบปัญหาความแออัดประกอบกับระยะเวลาการอยู่ร่วมกันมากกว่าวันละ 15 ชั่วโมง เป็นการซึ่งเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ เมื่อมีผู้ป่วยวัณโรคจะแยกผู้ป่วยออกจากผู้ต้องขังอื่นๆ ด้วยการจัดห้องพักพิเศษให้ผู้ป่วยและจะจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ประจำตัวไม่ให้ใช้ปะปนกับผู้ต้องขังคนอื่น และอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ได้รับการสอนเรื่องโรคการดูแลรวมทั้งการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การทิ้งขยะติดเชื้อแต่เมื่อตรวจสอบการปฏิบัติยังพบว่ามีการใช้ อุปกรณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน

1.2 การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย พบปัญหาที่มีเจ้าหน้าที่น้อยแต่มีภาระ งานอื่นๆ การสอนงานด้วยการปฏิบัติให้อาสาสมัครเรือนจำ ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงานด้านการให้ยาผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และการไม่สวมผ้าปิดปากปิดจมูก มีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรค อาสาสมัครเรือนจำจะช่วยดูแลจัดบริเวณให้ผู้ต้องขังสูบบุหรี่ “ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนจะมีห้องพักที่เรือนพยาบาล ไกลจากที่สูบบุหรี่ราว 100 เมตร บริเวณที่สูบบุหรี่เป็นที่โล่งพยาบาลจะแจกผ้าปิดปากให้จนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อหรือ 2 เดือน ผู้ป่วยทุกคนจะทำกิจวัตรประจำวันเหมือนกันเพราะอยู่รวมกันและทำกิจกรรม



ร่วมกัน” กิจกรรมประจำวัน ในการรับประทานยาวัน 1 ครั้ง ทักษสถานบำบัดพิเศษใช้ DOTS อาสาสมัครเรือนจำซึ่งเป็นผู้ต้องขังที่มีจิตอาสาเข้ามาช่วยเหลืองานช่วยเหลือการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละวัน คอยกำกับการกินยาจากการสังเกตการปฏิบัติงานของอาสาสมัครเรือนจำ พบว่า จะอ่านฉลากยาแต่ใช้ความคุ้นเคยในการจัดยา การปฏิบัตินี้สะท้อนให้เห็นว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการหยิบบยาผิดและแจกยาผิดคนและไม่สวมหน้ากากปิดจมูก ตลอดเวลาจัดแจกยา แสดงถึงอาสาสมัครที่ดูแลผู้ป่วยยังปฏิบัติปกป้องกันตนเองไม่ถูกต้อง เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยใน ซึ่งบางครั้งไม่สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่คุณดูแลผู้ป่วย “ผมคิดว่าผมไม่คิดหกรอกเพราะผมแข็งแรงอยู่ครับคุณหมอ” และบางครั้งอาสาสมัครเรือนจำ ก็ให้ผู้ป่วยดูแลการกินยาให้กันเอง การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยในช่วงการแยกโรค 2 เดือน จะแยกออกจากผู้ต้องขังอื่นๆ เพื่อการป้องกันโรคและลดการกระจายของเชื้อโรคด้วยการจัดห้องพักพิเศษให้ผู้ป่วย ซึ่งเมื่อครบกำหนดผู้ป่วยจะถูกส่งตัวกลับไปห้องพักเดิม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการจัดการระบบการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และมีผลต่อการกินยาที่ต่อเนื่องเสี่ยงต่อโอกาสที่จะรักษาวัณโรคให้หายขาด

2. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่งและการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีการพัฒนาและได้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ดังนี้

2.1 แนวทางการพัฒนาผู้ต้องขังที่เป็นอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ที่เป็นต้นแบบส่งเสริมความสามารถให้มีความรู้และเข้าใจเรื่องวัณโรคพร้อมทำงานช่วยเหลือผู้ต้องขังที่ป่วย มีการพัฒนาอาสาสมัครในเรือนจำ หรือจิตอาสาเรือนจำในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ จำนวน 1 รุ่น 30 คน การใช้คู่มือการพัฒนาอาสาสมัครในเรือนจำ (อสรจ.) ผลของการประเมินด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 90 การให้ความรู้ด้านการดูแลการรับประทานยาวัณโรค (DOT) ขึ้นมาใหม่ อาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) มีการใช้คู่มือ สามารถเข้าใจและนำไปสู่การลงบันทึกการให้ผู้ต้องขังรับประทานยาทุกครั้ง มีการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 95

2.2) แนวทางคัดกรองผู้ต้องขังใหม่ทุกรายอย่างทั่วถึงและแยกไว้ในพื้นที่เฉพาะหากสงสัยการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติตามแนวทางได้ ร้อยละ 100 ผลการใช้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคชายในทัณฑสถานบำบัดพิเศษซึ่งเป็นพื้นที่การศึกษาผู้ป่วยวัณโรคมีความสำเร็จการรักษาหายมาจากการรับประทานยาต่อเนื่อง จากการคัดกรองทั้งหมด 1,900 คน พบผู้ป่วย 13 คน รักษาหาย 11 คน คิดเป็นอัตราสำเร็จของการรักษาร้อยละ 84.61 และผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา รวมทั้งการรักษาครบ (Treatment Completed)



สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำมาสรุปผลการวิจัยการพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคมในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง ดังนี้

1. ด้านมิติสุขภาพและสังคม การวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตมิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่งซึ่งแสดงออกถึงตัวตนของผู้ป่วยวัณโรค สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดูแลตนเองตลอดจนกิจวัตรประจำวันและมุมมองการดูแลผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญยัง ฉายาทับ.(2557)⁽⁹⁾ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำทัศนสถานการจัดระบบการดูแลสุขภาพตนเองและการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากความเสี่ยงของโรค และพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องและป้องกันการติดต่อของโรคต่างๆที่แฝงมาพร้อมกับการอยู่รวมกันในทัศนสถานบำบัดพิเศษการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเครือข่ายให้กำลังใจทางบวกจากเพื่อน นักโทษจิตอาสา เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลขอนแก่น รวมทั้งญาติผู้ป่วย แต่แรงเสริมทางลบที่ทำให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจตีตราจากเพื่อนทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ และมีมิตีย่อยอื่นๆ อีก 2 ด้าน คือ

1.1) ด้านสิ่งของมีการขี้นยาของผู้ป่วยคนอื่นจุดประสงค์เพื่อไม่ต้องการให้ ผู้ป่วยขาดยาตลอดจนยาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคจะเป็นการให้ข้อมูลรายกลุ่มและปัญหาการแอบสูบบุหรี่ทำให้มีผลต่อการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษา ของอมรรัตน์ วิริยะประสพโชค จินตนา งามวิทยาพงศฺยาโนจิราภรณ์ วงศ์ใหญ่สุกเลิศ เนตรสุวรรณ.(2017)⁽¹⁰⁾.ศึกษาลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจากเรือนจำและผู้ป่วยวัณโรคปอดทั่วไป ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า สภาพแวดล้อมในเรือนจำ ที่อยู่กันอย่างแออัด ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของวัณโรคแล้ว การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและต่อวัณโรคสูงมาก ร้อยละ 75 สูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อวัณโรค

1.2) ด้านการเยี่ยมญาติเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจจากญาติไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนของ Jacobson D. E. (1986)^(11,12) การสนับสนุนทางสังคมที่พบว่า ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ข่าวสาร และวัตถุสิ่งของจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการจนเกิดภาวะการณ์มีสุขภาพดี

2. ด้านกระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาตามกรอบแนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง (P-D-C-A) มาปรับเปลี่ยนและพัฒนากระบวนการทำงานให้ดีขึ้น โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางซึ่งสามารถช่วยให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสม



มีกระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพ และการทำงานเป็นไปในแนวทางเดียวกันสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทร์ธิดา โภคาพันธ์ (2555) พบว่า การพัฒนาระบบงาน โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ (P-D-C-A) และการจัดการความเสี่ยง ทำให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับ ปรียา สันธูระวิทย์ และวันเพ็ญ ปันราช⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการควบคุมวัณโรคในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดแนวทางในการควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรค ดังนี้ 1) การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน 2) การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตามระบบ DOTS 3) การควบคุมรังโรคและการทำลายสิ่งปฏิชีวนะในชุมชน 4) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการ และในชุมชน สอดคล้องกับ กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และสุพร กาวินา⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาการพัฒนากิจกรรมดำเนินงาน ควบคุมวัณโรคในพื้นที่จังหวัดตาก พบว่าระบบการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบันยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับ มณีนรัตน์ อวยสวัสดิ์ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วม อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผลการดำเนินงาน พบว่า 1) แนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล 2) แนวทางค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 3) แนวทางการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค 4) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยระบบ DOTS 5) มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เชิงนโยบาย 1) ควรมีการคัดกรองอย่างเข้มข้นผู้ป่วยที่ย้าย/โอนออกควรแยกรักษาจนครบ 6 เดือน กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทันตสถานบำบัดพิเศษ ให้สอดคล้องกับบริบทจำนวนผู้ต้องขังและจำนวนบุคลากร และความพร้อมในการทำงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายการป้องกันวัณโรคในทันตสถานบำบัดพิเศษและมีมาตรการกำกับติดตามการจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้ป่วยวัณโรค เช่น มีของใช้เฉพาะตัวไม่ใช้การใช้แก้วน้ำดื่มร่วมกันกับผู้ป่วยด้วยตนเองและผู้ต้องขังคนอื่น ๆ รวมทั้งการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกตลอดเวลาของผู้ป่วยวัณโรค ส่วนอาสาสมัครเรือนจำ และผู้ต้องขังอื่น ญาติบุคคลที่เกี่ยวข้องควรป้องกันตนเองเมื่อมาเยี่ยมหรือสัมผัสกับผู้ป่วย 2) ควรจัดระบบการดูแลสุขภาพ และการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากความเสียหายของโรค และพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

เชิงวิชาการ การนำแนวคิดสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทั้งจากอาสาสมัครเรือนจำ เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลขอนแก่น รวมทั้งญาติ



ผู้ป่วยมีความเหมาะสมกับบริบทงานวิจัยนี้ เพราะเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ขององค์กร โดยสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพัน เป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีสุขภาพดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงยิ่งจาก นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้อำนวยการทันตสถานบำบัดพิเศษ แพทย์หญิงจุริราลักษณ์ พรหมเมือง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนพยาบาลที่ดูแล ในทันตสถานบำบัดพิเศษ ตลอดจนผู้ต้องขังที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะในการตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของเครื่องมือในการศึกษา คำแนะนำจากอาจารย์อดิเรก เร่งมานะวงษ์ อาจารย์วิลาวัณย์ อุ่นเรือน และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้เอื้อนามมา ที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนอย่างดียิ่งท้ายที่สุดขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สามีนและบุตร พี่น้องและเพื่อนๆทุกคนที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจและมีส่วนร่วมสร้างความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้และขอขอบพระคุณรางวัลแห่งความสำเร็จที่ได้รับจากการนำเสนอผลงานวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 7 ที่ได้ส่งเสริมให้มีขวัญและกำลังใจในการทำผลงานการวิจัยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริินภา จิตติมณี, นิภา งามไตรไร. แนวทางการเร่งรัดการควบคุมวัณโรคในเรือนจำของประเทศ ไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2552.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ” ปีงบประมาณ พ.ศ.2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิ คแอนส์ดีไซน์; 2556.
3. โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2561. (เอกสารอัดสำเนา)
4. ทันตสถานพิเศษขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2561.
5. กัทร์ธิตา โภคาพันธ์. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยนอกของพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี.



วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

6. มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วม อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552
7. Carpenter Group LLC. (2009). The Deming Cycle or PDSA and PDCA. Retrieved from www.quality-improvement-matters.com
8. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, ชลดา ขวนแหล, ผกาวัลย์ แดหว่า. การดำเนินงาน DOT (Directly-Observed Treatment) โดยมอบหมายการเป็นพี่เลี้ยงให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราชในปีงบประมาณ 2542-2543. สงขลานครินทร์เวชสาร 2545;20:69-78.
9. บุญยัง ฉายาทับ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลสถาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
10. อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค, จินตนา นามวิทยาพงศ์-ยาโน, จิราภรณ์ วงศ์ใหญ่, ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ. ลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจากเรือนจำ และผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(2):1-9.
11. Denzin, N. K. Sociological Methods: A source Book. Chicago: Aldine; 1970.
12. Jacobson, B. Modern Organization. New York: Knepf; 1986.
13. ปรีชา สินธุระวิทย์, วันเพ็ญ ปันราช. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลจังหวัดสกลนคร.วารสารสมาคมพยาบาลฯภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(3):87-94.
14. กิตติพัทธ์ เขียมรอด,สุพร กาวินำ.การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่จังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2558;10(1):1-14.
15. วีระวุธ แก่นจันทร์ไพบ, สุมัทนา กลางคาร, สรญา แก้วพิบูลย์. ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอด ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.
16. ศรีเกษ ชาญญาวินัยกุล, ระวี ยกบัตร. ความไวของแบบคัดกรองวัณโรคสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารล้านนา.



นโยบายและความพร้อมของการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์

POLICY AND READINESS OF HOSPITALS FOR THE ESTABLISHMENT OF MEDICAL HUBS IN UBON RATCHATHANI, SISAKET, AND SURIN PROVINCES

กิตติ เหลาสภาพ¹ ลักษณีย์ บุญขาว¹ อรุณ บุญสร้าง¹ จีราพร ทิพย์พิลา¹

นิตยา ชาคำรณ¹ สุภาณี จันทร์ศิริ¹, สิทธิชัย ใจขาน¹

Kitti Laosupap¹, Laksanee Boonkhao¹, Arun Boonsang¹, Jeeraporn Tippila¹,

Nittaya Chakhamrun¹, Supanee Junsiri¹, Sittichai Chaikhan

Received: November 17, 2021

Revised: March 21, 2022

Accepted: April 08, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานโยบาย ทิศทางการดำเนินงานและความพร้อมของโรงพยาบาลด้านการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์ สำหรับชาวต่างชาติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้แทนหรือผู้รับผิดชอบงานการให้บริการสุขภาพข้ามแดนในโรงพยาบาล 9 แห่ง รวม 15 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ทั้ง 3 จังหวัดยังไม่มีนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาไปเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ซึ่งทั้ง 3 จังหวัดไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติในการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ แต่ได้มีการให้บริการสุขภาพข้ามแดนผู้ป่วยจาก สปป.ลาว และกัมพูชา พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษและสุรินทร์มีความพร้อมรองรับการพัฒนาไปเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์โดยสามารถต่อยอดจุดเด่นและพัฒนาจุดด้อยของแต่ละจังหวัด แต่จะต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลทั้งในด้านกฎหมายระหว่างประเทศ งบประมาณ การประสานงานระหว่างรัฐต่อรัฐ และพบว่าโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีการเตรียมพร้อมรองรับการบริการสุขภาพข้ามแดนเบื้องต้นแล้ว แต่ต้องเพิ่มจำนวนแพทย์เฉพาะทาง พัฒนาด้านภาษาเพื่อการสื่อสารกับผู้มารับบริการต่างชาติ และจำเป็นต้องจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์เพิ่มในบางโรงพยาบาล

ดังนั้น จังหวัดควรจัดทำแผนเสนอรัฐบาลในการพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ พัฒนาโรงพยาบาลให้สามารถเตรียมพร้อมรองรับการบริการสุขภาพข้ามแดน โดยเฉพาะการเตรียมความ

¹ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



พร้อมด้านความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ ความสามารถในการสื่อสารของบุคลากรและ
ความพร้อมของครุภัณฑ์ทางการแพทย์

คำสำคัญ: นโยบาย, ความพร้อม, ศูนย์กลางทางการแพทย์

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to investigate the policy direction and readiness of the hospitals for the establishment of a medical hub for foreigners in Ubon Ratchathani, Sisaket, and Surin. The sample was composed of 15 people, including governors, public health doctors, and heads of the cross-border healthcare unit from 9 hospitals in the three provinces. Data were collected via a survey form and questions for the focus groups. Quantitative data were analyzed using statistics, frequency, and percentage, whereas qualitative data were analyzed using content analysis.

The study found that none of the three provinces has a strategic policy or plan to become a medical service center. They were not designated as providers of international medical services under Thailand's national plan, even though the three provinces have offered cross-border health services to Lao PDR and Cambodian patients. The research found that the hospitals in Ubon Ratchathani, Sisaket, and Surin are ready to leverage their strengths and improve their weaknesses to transform themselves into cross-border health service centers. However, they need government support in creating international laws, allocating budgets, and facilitating state-to-state cooperation. The research also found that in order to become a medical hub, the target hospitals need to increase the number of specialized doctors, improve the language and communicative skills of medical employees in dealing with foreigners, and acquire more medical equipment.

Therefore, Ubon Ratchathani, Sisaket, and Surin should propose a strategic plan to the government, indicating a readiness to develop themselves as providers of international medical services. They should also, among other things, transform their hospitals into a cross-border healthcare center, maintain a sufficient number of medical staff, enhance the communicative skills of their employees, and ensure the availability of medical equipment.

Keywords: Policy, Readiness, Medical Hub

¹College of Medicine and Public Health; Ubon Ratchathani University



บทนำ

รัฐบาลกำหนดนโยบายให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เนื่องจากการแพทย์และงานบริการสุขภาพของไทย ได้รับการยอมรับจากประเทศทั่วโลก⁽¹⁾ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ขยายระยะเวลาพำนักให้กับนักท่องเที่ยวหลายประเทศ⁽²⁾ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์กิจกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวในปัจจุบันมีลักษณะเฉพาะมากขึ้น (Niche Market) การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นการเดินทางเพื่อกิจกรรมและสุขภาพ โดยเวลาส่วนหนึ่งใช้เพื่อการรักษา พักฟื้นหรือส่งเสริมสุขภาพ⁽³⁾ เพื่อนำรายได้เข้าสู่ประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน โดยแบ่งออกเป็น 4 ผลผลิตหลัก คือ ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) บริการสุขภาพ (Medical Service Hub) บริการวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) และศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product Hub) ซึ่งยุทธศาสตร์นี้ตั้งเป้าในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2559 - 2568)⁽²⁾ ความพร้อมในด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยในการรับมือกับโรคระบาดติดอันดับหนึ่งของโลกในด้านการฟื้นตัวจาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากข้อมูลการจัดอันดับ 184 ประเทศของ Global COVID-19 Index (GCI)⁽⁴⁾ นอกจากนี้เมื่อปลายปี 2562 ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับให้เป็นประเทศที่มีความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) อันดับที่ 6 ของโลก และเป็นอันดับที่ 1 ในเอเชีย⁽⁵⁾ ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 13 ของโลก⁽⁶⁾ จากเดิมที่ประเทศไทยถือเป็นศูนย์กลางของการบริการด้านสุขภาพหลักของเอเชียอยู่แล้ว หลังจากเกิดสถานการณ์ COVID-19 ที่สามารถรับมือได้ดี ควบคุมโรคได้ มีผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นกำลังสำคัญว่าประเทศไทยมีศักยภาพเป็นผู้นำในด้านนี้

อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์ เป็นจังหวัดที่มีชายแดนติดกับประเทศลาวและกัมพูชาซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีมีด่านพรมแดนไทย-ลาวช่องเม็กอยู่ที่อำเภอสิรินธร ศรีสะเกษมีด่านพรมแดนกัมพูชา-ไทย อยู่ที่ช่องสง่า และสุรินทร์มีจุดผ่านแดนถาวรช่องจอม-โอรส์เสม็ด หรือตลาดการค้าชายแดนช่องจอม⁽⁷⁾ และจะเห็นว่าโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์ มีทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ให้บริการทางด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง บริการชันสูตร และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพอื่นๆ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีผู้ป่วยต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้านข้ามแดนมารับการรักษาและใช้บริการในสถานพยาบาลในทั้ง 3 จังหวัดดังกล่าวเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีแรงงานต่างด้าวทุกประเภทในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,361 ศรีสะเกษ จำนวน 1,525 คน และสุรินทร์ 2,818⁽⁸⁾ ซึ่งต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเขตพื้นที่หากมีการเจ็บป่วย จากศึกษาของธรรมรัตน์ มะโรหบุตร พบว่า นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย



โดยเฉพาะในภาคเอกชนหลังจากประเทศไทยประสบวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อ พ.ศ. 2540 และการกำหนดและดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ควรให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินนโยบาย⁽⁹⁾ จากข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าวหากทราบสถานการณ์และการเตรียมความพร้อมของจังหวัดไม่ว่าจะเป็นนโยบายและความพร้อมรองรับการบริการสุขภาพข้ามแดนในโรงพยาบาลย่อมจะทำให้สามารถวางแผนและเตรียมการพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา นโยบายของผู้บริหารทั้ง 3 จังหวัด และความพร้อมของพื้นที่ในการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติของโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้ได้ทราบมุมมองอย่างรอบด้านในการกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนาเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ตามนโยบายของรัฐบาลและเป็นการเสริมสร้างรายได้ให้กับภาครัฐและเอกชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษานโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์ สำหรับชาวต่างชาติ
2. เพื่อศึกษาความพร้อมของโรงพยาบาลในการดำเนินงานด้านการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์สำหรับชาวต่างชาติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานโยบายและความพร้อมของการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของจังหวัดในภาคอีสานตอนใต้เฉพาะจังหวัดที่ติดชายแดนประเทศลาวและกัมพูชา ประกอบด้วย 3 จังหวัด คือ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 9 โรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทนจำนวน 3 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 3 คนรวม 6 คนเป็นผู้ให้ข้อมูลเชิงนโยบายในระดับจังหวัดในการดำเนินงานการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และผู้รับผิดชอบงานด้านการบริการสุขภาพข้ามแดนในโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์ แห่งละ 1 คน รวม 9 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสุขภาพข้ามแดนในโรงพยาบาล



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาล เป็นลักษณะแบบตรวจ (Checklist) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล สถานการณ์ และบริบทของ โรงพยาบาลในการ ดำเนินงานบริการสุขภาพข้ามแดน การบริการสุขภาพของโรงพยาบาล เป็นต้น

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group interview Questionnaire) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในจังหวัด สถานการณ์การ ดำเนินงานในระดับจังหวัด ปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานการ เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสำรวจโดยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของ เนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและหาค่าดัชนีความ สอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสำรวจที่ผ่านการ ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2564 รหัส UBU-REC-08/2564

ผลการวิจัย

นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์

ผู้บริหารทั้ง 3 จังหวัด ทราบว่ามีนโยบายระดับประเทศและมีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Medical Hub of Asia) ระหว่าง พ.ศ. 2547-2551 โดยแต่ละจังหวัดมีการเตรียมการรองรับนโยบายดังกล่าว โดยผู้บริหารของจังหวัดอุบลราชธานี ให้ความเห็นว่า การดำเนินงานบริการสุขภาพ ควรเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และ จังหวัด ระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับ การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์เบื้องต้นแล้ว ทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน โดยจะเห็นว่า โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายตามแนวชายแดนกัมพูชา และ สปป.ลาว ได้มีการเตรียมการในเรื่องของ มาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลซึ่งจะเห็นว่าโรงพยาบาลผ่านการ reaccredit HA และมีระบบส่งต่อ



ผู้ป่วยทุกโรงพยาบาล มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์/คู่มือที่สื่อสารให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้าใจ และมีการตั้งศูนย์ประสานงานกลางสำหรับประสานงานกับบริษัทประกันของผู้เข้ารับบริการ เป็นต้น ส่วนการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ต้องให้รัฐบาลช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าว เพราะการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ไม่ใช่เฉพาะเรื่องสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของเศรษฐกิจด้วย นอกจากนี้ ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีให้ความเห็นว่า ช่องทางเชื่อมต่อระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับสปป.ลาว คือ ด้านช่องเม็ก โดยระหว่างไทยกับ สปป.ลาวและกัมพูชา จะมีการประชุมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน มีการพัฒนาศักยภาพชายแดนร่วมกัน มีการส่งต่อข้อมูล มีระบบรายงานร่วมกัน มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างไทยและสปป.ลาว ในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดน โดยทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล ในแขวงในจำปาศักดิ์ เป็นวิทยากรทางวิชาการด้านสุขภาพ สำหรับการดูแลประชาชนในเขตชายแดน และแรงงานต่างด้าวมีการส่งเสริมให้ประชาชนแรงงานต่างด้าวทำประกันสุขภาพ ส่วนการดำเนินการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์กับกัมพูชามีข้อจำกัดในเรื่องของภาษา ซึ่งแก้ไขโดยใช้ภาษาอังกฤษ มีการทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ระหว่างจังหวัด และ MOU ระหว่างเครือข่ายสุขภาพ โขงเจียม นาตาล และโพธิ์ไทร เน้นการตรวจสุขภาพให้คนต่างด้าว โดยกำหนดอัตราค่าบริการที่ชัดเจน เป็นต้น

จังหวัดศรีสะเกษมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ โดยมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องโครงสร้าง จังหวัดมีความสามารถเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ได้ เนื่องจากมีความโดดเด่น เชี่ยวชาญ และมีวัตถุดิบ เช่น มีปราสาทหอมทุกอำเภอซึ่งสามารถเชื่อมโยงแพทย์แผนไทยและสมุนไพรได้ โดยเฉพาะอำเภอห้วยทับทันมีโรงงานผลิตสมุนไพร โรงพยาบาลขุนหาญเป็นแหล่งสอนนวดแผนไทย โรงพยาบาลเบญจลักษณ์ มีสมุนไพร เวชสำอาง น้ำหอม สบู่ แชมพู และจังหวัดศรีสะเกษมีทุเรียน ซึ่งช่วยในเรื่องการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้ ซึ่งจะเห็นว่า โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์เฉพาะทางที่เชี่ยวชาญในสาขาต่อยอด เพิ่มมากขึ้น และโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสามารถสนับสนุนทางการแพทย์ได้ และนอกจากนี้จังหวัดยังมีศักยภาพในการปลูกพืชเพื่อเป็นสมุนไพร ไม่ว่าจะเป็น หอม กระเทียม ข้าว พริก และทุเรียน เป็นต้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษกล่าวถึงความร่วมมือในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพระหว่างไทยกับกัมพูชาว่า มีการส่งแพทย์ชาวกัมพูชามาอบรม มีการสนับสนุนงบประมาณจากกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ (Thailand International Cooperation Agency; TICA) ซื้อเครื่องมือต่างๆ ซึ่ง TICA เน้นการซื้อเครื่องมือสนับสนุนชายแดน เพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลตัวเอง โดยงบประมาณจะผ่านมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามการประสานงานกับกัมพูชาในระดับเจ้าหน้าที่ที่จะต้องทำข้อตกลงนั้น เจ้าหน้าที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เองต้องรอส่วนกลางตัดสินใจ ในส่วนการดำเนินงานศูนย์กลางทางการแพทย์ในจังหวัด ยังไม่มีความชัดเจนมากเนื่องจากปัญหา กรอบอัตรากำลังของแพทย์ พยาบาล



งบประมาณ ระบบการจัดสรรงบประมาณยังไม่เพียงพอ และปัจจุบันยังพบหนี้สูญที่เกิดขึ้นจากการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากชาวกัมพูชาของโรงพยาบาลรัฐไม่ได้ ซึ่งแก้ไขปัญหาโดยกระทรวงสาธารณสุขให้งบประมาณสนับสนุนแต่เป็นงบให้ทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาซึ่งไม่ใช่เงินชดเชยที่เสียไป

จังหวัดสุรินทร์มีการเตรียมพร้อมสำหรับรองรับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์โดยจังหวัดมีความพร้อมในเรื่องของบุคลากรที่สามารถสื่อสารภาษาเขมรได้ มีหน่วยบริการพร้อมที่จะดูแลผู้มารับบริการ จังหวัดพร้อมตอบสนองยุทธศาสตร์ประเทศ ในการบริการสุขภาพข้ามแดน แต่ปัจจุบันยังติดปัญหาการแพร่ระบาดของ COVID-19 ถ้าสามารถควบคุมสถานการณ์ COVID-19 ได้ รายได้ที่จะเข้าสู่จังหวัดจะมาจากการบริการสุขภาพและการท่องเที่ยวเป็นหลัก เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีปัญหาการกระทบกระทั่งระหว่างชายแดน และมีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์กับผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานีเป็นประจำ และเห็นว่าการดำเนินงานศูนย์กลางทางการแพทย์ควรทำเป็นแบบ new normal transborder โดยขยายคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพออกไปไม่มองเฉพาะการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่ให้เป็นเรื่องของการป้องกันควบคุมโรค คุ้มครอง และการดำเนินงานนั้นจะต้องไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของกฎหมายในทั้ง 2 ประเทศ ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์กล่าวว่าชาวกัมพูชานิยมเข้ามาใช้บริการสุขภาพในไทย เนื่องจากมั่นใจในคุณภาพการรักษาของประเทศไทย คนไข้จะจ่ายเงินในราคาที่เท่าๆ กันกับการรักษาภายในประเทศ แต่ได้รับการบริการที่ดีกว่า ซึ่งในการดำเนินงานบริการสุขภาพข้ามแดนในจังหวัดมีโรงพยาบาลสุรินทร์ที่มีการพัฒนาโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม มีป้ายบอกทางที่เป็นภาษาเขมร มีล่ามที่สามารถพูดภาษาเขมร และโรงพยาบาลเอกชนคือ โรงพยาบาลรวมแพทย์หมอนันต์ที่มีคนไข้หลักคือ ชาวกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพ การดำเนินงานที่ผ่านมาจังหวัดสุรินทร์ให้การสนับสนุนศักยภาพของกัมพูชา เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยมีโครงการ TICA ที่มีการสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ มีการจัดประชุมผ่านระบบ Conference อบรมบุคลากรทางการแพทย์ของชาวกัมพูชา เพื่อให้ทำงานร่วมกัน การดำเนินงานสุขภาพข้ามแดนของจังหวัด มีการสนับสนุน ระบบบริการต่างๆ แต่งบประมาณที่ได้รับมีจำกัด ซึ่งระยะหลังมีความชัดเจนขึ้น โดยมีการจัดสรรงบประมาณมาให้เฉพาะในการดำเนินงานมากขึ้น มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้น โดยผู้ป่วยจะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลกาบเชิงก่อนแล้วจึงเข้าสู่ระบบส่งต่อ มีการจัดระบบแบบ new normal เช่น ระบบการตรวจรักษาแบบ tele conference ให้คำปรึกษาแนะนำทางการแพทย์ ส่งยาไปให้ผู้รับบริการถึงด่านชายแดน เป็นต้น การจัดทำแผนให้บริการชาวต่างชาติได้เริ่มมาตั้งแต่ปี 2561 มีการจัดอบรมให้แพทย์ พยาบาล ให้สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาเขมรได้ ให้แพทย์สามารถสื่อสารกับคนไข้ได้ ซึ่งในปี 2562 ได้รับงบประมาณจาก TICA มีการจัดอบรมบุคลากรชาวกัมพูชาในการสอบสวนโรคเบื้องต้นและอบรมหลักสูตรการช่วยเหลือผู้ป่วย (Cardiopulmonary resuscitation; CPR) พาไปศึกษาดูงานการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลปราสาท เป็นต้น ในช่วงกลางปี 2563 มีการมอบรถสำหรับ



ขนส่งผู้ป่วย (Ambulance) ให้กับโรงพยาบาลอุดรมีชัย แต่ในการขับเคลื่อนการบริการสุขภาพข้ามแดนในภาพใหญ่ ยังต้องพึ่งพาการดำเนินงานระดับประเทศ สำหรับการแก้ปัญหาหนี้สูญจากการเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติ โรงพยาบาลจะใช้วิธีการเก็บเงินมัดจำก่อนแรก แล้วจึงหักออกจากค่าใช้จ่าย แล้วเก็บเงินล่วงหน้าทุก 3-5 วัน แต่อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลตามแนวชายแดนของจังหวัดก็ยังคงมีหนี้สูญอยู่ สำหรับโรงพยาบาลเอกชนจะมีการแจ้งค่าใช้จ่ายล่วงหน้า และต้องจ่ายเงินก่อน ในกรณีคนไข้รับยาต่อเนื่องจะใช้วิธีการวิดีโอคอล นัดสั่งยา และเตรียมเงินจ่ายค่ารักษาทุกเดือน การเอาเข้าไปให้จะแจ้งคนไข้ล่วงหน้าแล้วนำไปส่ง การเดินทางของคนไข้ถ้าคนที่มีฐานะดีจะนำรถเข้ามาเอง บางส่วนนั่งรถโดยสารและบางส่วนมาในรูปแบบของทัวร์ โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ามาส่วนหนึ่งมาเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี

สรุปผลการวิจัย

1. แม้จะยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจนเรื่องการพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แต่โรงพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชนในทั้ง 3 จังหวัดก็ให้บริการสุขภาพข้ามแดนอยู่แล้ว และมีแนวโน้มผู้ป่วยจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และกัมพูชาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถึงแม้จะลดลงในช่วงวิกฤติ COVID-19 เนื่องจากมีการปิดด่านพรมแดนและเงื่อนไขการข้ามแดนที่เพิ่มขึ้นก็ตาม
2. ทั้ง 3 จังหวัดมีความพร้อมที่เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ แต่ยังคงรอความชัดเจนจากรัฐบาลในเรื่องขั้นตอนกระบวนการความร่วมมือ การสนับสนุนด้านงบประมาณและอื่นๆ
3. ต้องแก้ไขปัญหาเรื่องหนี้สูญ การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยชาวต่างชาติ

ความพร้อมของสถานบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายผ่านการประเมินคุณภาพ HA (Hospital Accreditation) และผ่านการประเมินซ้ำ (Reaccreditation) ทุกแห่ง ซึ่งจะมีการรับรองครั้งละ 3 ปี มีระบบส่งต่อผู้ป่วย ผู้มารับบริการต่างชาติตั้งใจเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ร้อยละ 100.00 และผู้มารับบริการต่างชาตินำค่าบริการ เนื่องจากอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 88.89 แต่จะพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสามารถในการสื่อสารกับผู้มารับบริการชาวต่างชาติได้เพียงร้อยละ 55.56 และโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ (ขนาดเตียง 60 เตียง) โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (ขนาดเตียง 200 เตียง) และโรงพยาบาลสุรินทร์ (ขนาดเตียง 914 เตียง) มีระบบการจัดการบริการสุขภาพข้ามแดนให้กับผู้มารับบริการต่างชาติในเบื้องต้นครอบคลุมทุกประเด็น ไม่ว่าจะเป็นการจัดช่องทางพิเศษสำหรับชาวต่างชาติ มีการจัดห้องพิเศษเพื่อรองรับผู้ป่วย การเตรียมพื้นที่สำหรับรองรับญาติ การติดป้ายประชาสัมพันธ์/คู่มือการปฏิบัติ ที่สื่อสารให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้าใจ มีระบบการตรวจสอบดูแลความปลอดภัยของญาติผู้ป่วย มีระบบรองรับการให้บริการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน โรคระบาด มีการจัดตั้งศูนย์



ประสานงานกลางสำหรับจัดการประสานงานกับบริษัทประกัน กรณีผู้มาใช้บริการเข้ามาในรูปแบบของ
ทัวร์หรือทำประกันกับบริษัทประกัน ทั้งในและต่างประเทศ มีการวางแผนและดำเนินการเบิกค่า
รักษาพยาบาลจากรัฐสวัสดิการให้กับกลุ่มชาวต่างชาติ และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยและเครื่องมือ
อุปกรณ์สำหรับการส่งต่อเคลื่อนย้าย ส่วนโรงพยาบาลเขมรราชู จังหวัดอุบลราชธานี (ขนาดเตียง
60 เตียง) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (ขนาดเตียง 30 เตียง) โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัด
ศรีสะเกษ (ขนาดเตียง 30 เตียง) โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี (ขนาดเตียง 60 เตียง)
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (ขนาดเตียง 315 เตียง) และโรงพยาบาลศรีสะเกษ (ขนาดเตียง
788 เตียง) ได้มีการเตรียมการแล้วบางส่วนแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น

แต่จะพบว่า โรงพยาบาลยังพบปัญหาในด้านบุคลากร คือ ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางและขาด
แคลนบุคลากรที่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาเขมรได้ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ใน
บางโรงพยาบาลไม่เพียงพอ และมีการใช้งานบ่อยจนต้องซ่อมบ่อยครั้ง โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่มี
ระบบการจัดการ เพื่อรองรับผู้มารับบริการต่างชาติโดยเฉพาะ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากร
และสถานที่ และปัญหาที่สำคัญคือ ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลจะค้างชำระค่าบริการ ซึ่งพบทั้ง
ผู้มารับบริการชาวกัมพูชา และ สปป.ลาว

อภิปรายผลการวิจัย

นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์

การศึกษาเชิงนโยบายการดำเนินงานการบริการสุขภาพข้ามแดนในระดับจังหวัด ผู้บริหารระดับ
จังหวัดเห็นว่า การดำเนินการบริการสุขภาพข้ามแดนถือเป็นการดำเนินงานในระดับประเทศซึ่งเป็น
นโยบายในระดับชาติ เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ทุกข้อเสนอต้องผ่านรัฐบาลกลาง
โดยการดำเนินงานควรเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อรองรับการเป็น
ศูนย์กลางทางการแพทย์ ถ้าหากรัฐบาลไม่ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวก็จะเป็นเรื่องยาก
เพราะศูนย์กลางทางการแพทย์ ไม่ใช่เฉพาะเรื่องสุขภาพแต่เป็นเรื่องของเศรษฐกิจด้วย ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาของพงศธร พอกเพิ่มดี (2563) ศึกษายุทธศาสตร์การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทาง
การแพทย์ของโรงพยาบาล สถาบันทางการแพทย์และสถาบันการศึกษาในภาพของประเทศในระยะ
5-10 ปี พบว่า ยุทธศาสตร์ต้องการการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและสหวิชาชีพอื่นๆ ต้องได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณโดยตรงหากหน่วยงานต้องใช้งบประมาณตนเอง อาจจะทำให้แผนไม่สามารถ
นำไปปฏิบัติได้จริง⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวที่ผ่าน มาพบปัญหา
นักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาในไทยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเมื่อเข้ารับการรักษาแล้วไม่มี
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายจนก่อให้เกิดหนี้สูญประมาณ 200 ล้านบาท การดำเนินงานมีความซ้ำซ้อน
ระหว่างหน่วยงานยังไม่มีคณะกรรมการกลางที่รับผิดชอบการดำเนินงานและประเมินผลชัดเจน



กฎหมาย/กฎระเบียบปัจจุบันยังไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์⁽²⁾ และยังพบว่า โรงพยาบาลขนาดเล็กลงตามแนวชายแดนยังขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งพบในทั้ง 3 จังหวัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Thammarat Marohabutr (2020) ที่พบว่าปัญหาของการดำเนินนโยบาย Medical Hub ต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยยังเกี่ยวข้องกับปัญหาความไม่สมดุลระหว่างการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับบริการชาวต่างชาติ⁽¹¹⁾ ปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์ มีความพร้อมในการรองรับและพัฒนาเพื่อเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์โดยการต่อยอดจุดเด่นและพัฒนาจุดด้อย ซึ่งจะเห็นว่าจังหวัดอุบลราชธานีเป็นเมืองใหญ่ที่มีสถานพยาบาลและมีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวนมากสามารถรองรับผู้มารับบริการต่างชาติได้ทุกรูปแบบ สำหรับจังหวัดศรีสะเกษมีความเด่นในเรื่องสมุนไพร การแพทย์ทางเลือก และผลไม้ซึ่งสามารถพัฒนาศูนย์กลางทางการแพทย์ เพื่อรองรับได้ไม่ใช่เฉพาะชาวกัมพูชา และสปป.ลาว แต่รวมถึงชาวจีนและอื่นๆ ด้วย ส่วนจังหวัดสุรินทร์มีความโดดเด่นในเรื่องภาษาโดยเฉพาะภาษาเขมรที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่คนในพื้นที่สามารถสื่อสารและเข้าใจกับชาวกัมพูชาได้อย่างไม่มีปัญหาอุปสรรค การดำเนินงานศูนย์กลางทางการแพทย์ควรทำเป็นแบบ new normal transborder โดยขยายคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพออกไปไม่มองเฉพาะการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของการ ป้องกันควบคุมโรค คุ้มครองความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thinakorn Noree, Johanna Hanefeld และ Richard Smith(2016)⁽¹²⁾ ที่พบว่า 64.8% ของนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลในประเทศไทยมาจากภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกและเอเชีย ซึ่ง 34% ของผู้มารับบริการสุขภาพกลุ่มนี้จะเข้าตรวจสุขภาพทั่วไปและรับคำแนะนำทางการแพทย์

ความพร้อมของสถานพยาบาล

ความพร้อมของโรงพยาบาลที่จะเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์นั้นประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง ทั้งด้านโครงสร้างที่สามารถรองรับจำนวนคนจากต่างชาติที่จะมาใช้บริการ บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในสาขาที่ต่างชาติสนใจมาเข้ารับการรักษา รวมทั้งมาตรฐานที่ยืนยันว่าโรงพยาบาลมีการจัดการความเสี่ยงจนมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะปลอดภัยสูงสุด⁽³⁾ จะเห็นว่า โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านการประเมินคุณภาพ HA (Hospital Accreditation) และผ่านการประเมินซ้ำ (Reaccreditation) ซึ่งจะมีการรับรองครั้งละ 3 ปี มาตรฐาน HA ได้รับการยอมรับจากองค์กร ISQua (International Society for Quality in Health Care) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับรองผลการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศต่างๆทั่วโลก⁽¹³⁾ โรงพยาบาลในทั้ง 3 จังหวัดจึงมีคุณภาพทั้งด้านความปลอดภัย คุณภาพบริการพร้อมเป็นสถานพยาบาลรองรับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ แต่ประเด็นที่จะต้องดำเนินการต่อเนื่องเพื่อเตรียมการให้เกิดความพร้อมมากที่สุด ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเรื่องการสื่อสารภาษาในแถบอาเซียน พัฒนาล้ำมั้งของโรงพยาบาลหรือล้ามั้งจิตอาสาจากประชาชนในพื้นที่ 2) ด้านการบริหารจัดการ



ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงทั้ง Emerging และ New Emerging Disease ควรมีระบบการติดต่อกับด่านตรวจคนเข้าเมือง ตม./หน่วยควบคุมโรคด่านชายแดนอย่างชัดเจน ประเมินความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์และจัดหาให้เพียงพอและพร้อมใช้

3) ด้านการบริการ พัฒนาระบบบริการช่องทางพิเศษสำหรับผู้รับบริการต่างชาติ พัฒนาปรับปรุงโครงสร้าง อาคาร สถานที่ ให้ทันสมัย สะอาด สวยงาม ปลอดภัย และ 4) ด้านงบประมาณ รัฐบาลควรมีงบประมาณสนับสนุนสำรองให้กับโรงพยาบาลที่มีผู้มารับบริการชาวต่างชาติ/ สปป.ลาว รวมทั้งวางระบบรับประกันศักยภาพในการจ่ายค่าบริการจะทำให้ลดความเสี่ยงเรื่องหนี้สูญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้แทนของทั้ง 3 จังหวัด ควรหารือร่วมกัน ในการเสนอแนวทางปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานต่อรัฐบาลเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์
2. เพิ่มจำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาที่สอดคล้องกับโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยทั้งจากพื้นที่ และที่มาจากต่างประเทศ
3. พัฒนาความร่วมมือด้านการส่งต่อ (Referral System) พัฒนานุเคราะห์ด้านภาษาเขมร ลาว และภาษาอังกฤษ เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยที่มาจากต่างประเทศได้
4. ผู้บริหารทั้ง 3 จังหวัด ควรจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์เสนอรัฐบาลเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้แทนโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์. Medical Hub ยกระดับไทยสู่ศูนย์กลางสุขภาพโลก [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน. 2564 [อ้างถึง 9 พฤศจิกายน 2021]. Available at: http://www.asean thai.net/ewt_news.php?nid=7631&filename=index
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ(Medical Hub)(พ.ศ.2560-2569). 2 พิมพ์ครั้งที่. ปี 2560. กรุงเทพฯ: เอ็มเอส คอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2560.



3. ชัยนันต์ ไชยเสน. การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและนวัตกรรมการพัฒนาอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับโรงแรม ในจังหวัดภูเก็ต. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2019;2019(5):262–82.
4. PEMADU Association. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard | The Global COVID-19 Index (GCI) [อินเทอร์เน็ต]. 2019 [อ้างถึง 10 พฤศจิกายน 2021]. Available at: <https://covid19.pemandu.org/?fbclid=IwAR2R6DRpKU36AW1aVWcF-IraKP6wa09jZN633w2YQSzsMEYm-g7TSgQYUTk>
5. GHS Index. Thailand [อินเทอร์เน็ต]. GHS Index. 2019 [อ้างถึง 10 พฤศจิกายน 2021]. Available at: <https://www.ghsindex.org/country/thailand/>
6. CEOWORLD MAGAZINE. Revealed: Countries With The Best Health Care Systems, 2021 [อินเทอร์เน็ต]. CEOWORLD magazine. 2021 [อ้างถึง 10 พฤศจิกายน 2021]. Available at: <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>
7. กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย (ต.ท.). ข้อมูลช่องทางผ่านแดนและความตกลงเรื่อง การสัญจรข้ามแดน. [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 17 พฤศจิกายน 2021]. Available at: <http://www.fad.moi.go.th/index.php>.
8. ข้อมูลสถิติ : สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 10 พฤศจิกายน 2021]. Available at: <https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/0/pull/category/view/list-label>
9. ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร. ยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์(Medical Hub) กับสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบ สุขภาพของประเทศไทย. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2018;2018(14):27–41.
10. พงศธร พอกเพิ่มดี. ยุทธศาสตร์การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษา ในภาพของประเทศไทยในระยะ 5-10 ปี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;2563(29).
11. Thammarat Marohabutr. Medical Hub Policy of Thailand: Recommendations and Operational Integration to Mitigate the Impact on the Health System. 2020;20(4):150-163.
12. Thinakorn Noree, Johanna Hanefeld, Richard Smith. Medical tourism in Thailand: a cross-sectional study. Bull World Health Organ. 2016(94):30.
13. สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 17 พฤศจิกายน 2021]. Available at: <https://www.ha.or.th/TH/Home>



**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า
เชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ**
**THE EFFECT OF SOCIO-CULTURAL PROGRAM FOR PROMOTING QUALITY OF
LIFE AND DEPRESSIVE PREVENTION IN THE ELDERLY, NA FAI SUB DIATRICT,
MUEANG CHAIYAPHUM DISTRICT, CHAIYAPHUM PROVINCE**

Received: January 22, 2022

Revised: February 22, 2022

Accepted: April 04, 2022

จิราภา วิลาวรรณ¹, จิรัชญา เหล่าคมพุดตาจารย์¹,

ชิติรัตน์ เหล่าคมพุดตาจารย์², ยูวดี บุญเนา¹, พัชรินทร์ บุญเสริม¹

Jirapa Vilawarn¹, Jiratchaya Laokhompruttajan¹

Thitirat Laokhompruttajan², Yuwadee Boonao¹, Pattarin Boonserm¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม 12 สัปดาห์ (2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบคุณภาพชีวิต มีค่าความเที่ยง 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired sample t-test และ independence sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต, การป้องกันภาวะซึมเศร้า, สังคมและวัฒนธรรม, ผู้สูงอายุ

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

²คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ



Abstract

The objective of this research were to study the effects of socio-cultural program for promoting quality of life and depressive prevention in the elderly. The study was a quasi-experiment research. The sample was 66 elderly at Nafai subdistrict, Muang district, Chaiyaphum province, selected by the simple random sampling technique, and they were divided into the experimental (33) and the comparative (33) groups. The research tools included; (1) the socio-cultural program for promoting quality of life and depressive prevention which developed based on the theory of self-efficacy and social support concept, the duration in the activity 12 weeks. (2) The depression and quality of life assessment forms and the reliabilities were .86 and .85 respectively. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test and independence sample t-test.

The results showed that; (1) the level of quality of life of the elderly by overview of the experimental group and the control group was at moderate level and didn't have depression. (2) After attending the program the level of depression of the experimental group was significantly lower than before attending the program, as well as these result were lower than the comparative group, at the level of 0.01. (3) The quality of life of experimental group were significantly higher than before attending the program and higher than the comparative group, at the level of 0.01. It was concluded that the socio-cultural program for promoting quality of life and depressive prevention could reduce depression and enhance the quality of life in the elderly.

Keywords: program for promoting quality of life, depressive prevention, socio-cultural, elderly

¹Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

²Faculty of Political Science, Chaiyaphum Rajabhat University



บทนำ

องค์กรสหประชาชาติ รายงานว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2017 (พ.ศ. 2560) มีจำนวน 694 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593) ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 2.1 ล้านล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ มีสูงถึง 10.78 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2583 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20.42⁽²⁾ สำหรับจังหวัดชัยภูมิ ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุ 203,400 คน จากประชากรทั้งหมด 1,139,023 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.86⁽³⁾ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม⁽⁴⁾ อีกทั้งยังเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการพลัดพรากจากคู่ครอง⁽⁵⁾ เป็นวัยที่มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยมักจะเกิดควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและจิตวิญญาณ อาจทำให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดภาวะคับข้องใจด้านการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย กลัวความตาย และบางครั้ง อาจรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ซึมเศร้า และสิ้นหวัง ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจ รู้สึกน้อยใจ ท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽⁶⁾ ซึ่งถือเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควร โดยคาดว่าจะกลายเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเป็น โรคซึมเศร้าและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ การประยุกต์กิจกรรมด้านสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ มาใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและห่างไกลจากภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม⁽⁸⁾ รวมทั้งมีส่วนช่วยส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุและมีสุขภาพจิตที่ดีได้⁽⁹⁾

จากการประเมินสภาพปัญหาด้านคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบปัญหา เป็นลำดับที่ 5 ของจังหวัดชัยภูมิ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย มีคะแนนเท่ากับ 16.35 ด้านจิตใจ มีคะแนนเท่ากับ 12 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคะแนนเท่ากับ 6.23 ด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเท่ากับ 16.88 และมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 56.50 ซึ่งหมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับที่ไม่ดี และการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 29.08 ส่งผลให้ไม่มีความสุข นอนไม่หลับ เศร้าหมอง ไม่ต้องการจะทำอะไร ไม่อยากรับประทานอาหาร และปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันที่ควรเร่งป้องกันและลดความรุนแรงลง⁽¹⁰⁾



จากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย พบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การศึกษาของพิกุล ทับวิธร, ดวงมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉมพร เกษโกมล⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์มาจากแนวคิดความสุข 5 มิติ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของกรฐณรัช ปัญญาใส, จุฑามาศ กิติศรีและพิชชานาถ เงินดี⁽¹²⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภายหลังจากได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการทบทวนวรรณกรรมนี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์โปรแกรมต่างๆ เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ร่วมกับการนำทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura⁽¹³⁾ ซึ่งอธิบายว่าถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสูง เมื่อทำแล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹⁴⁾ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร เน้นการปรับตัวที่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อันส่งผลต่อผู้สูงอายุ ในการลดภาวะทุพพลภาพ ชะลอความเสื่อมตามวัย ลดภาวะการพึ่งพาผู้อื่น มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี เพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและห่างไกลจากภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura⁽¹³⁾ ซึ่งอธิบายว่า ถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสูง เมื่อทำแล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม โดยแนวทางการพัฒนา ประกอบด้วย (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (3) การใช้คำพูดชักจูง และ (4) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่มและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹⁴⁾ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร ร่วมกับสารสนเทศที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ โดยกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) อาหารเพื่อสุขภาพ (3) การชะลอสมองเสื่อม (4) การป้องกันปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (5) การแก้ไขการนอนไม่หลับ (6) การใช้ยาอย่างปลอดภัย (7) งานอดิเรกเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่น (8) การออกกำลังกายเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่นประยุกต์ (9) การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม (10) การส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง (11) ความปลอดภัย/ป้องกันตัวเองจากอุบัติเหตุ และ (12) การส่งเสริมสุขภาพจิต

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยออกแบบการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (pre-test, post-test control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในพื้นที่ จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 203,400 คน⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง (2) ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (3) การรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ปกติ (4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ เเกินร้อยละ 80 และ (5) ในระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ (1) มีโรคประจำตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้สม่ำเสมอ (2) มีผลการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 2 ข้อคำถาม (2Q) เป็นบวกเพียงข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการศึกษา คือ ไม่เข้าร่วมกิจกรรม มากกว่า 2 ครั้ง หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.2 ใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (Power Analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ 0.05 หรือระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ ร้อยละ 95⁽¹⁵⁾ โดยพิจารณาเทียบเคียงกับผลการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ⁽¹⁶⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพจิต



ศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้คำนวณหาอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย⁽¹⁷⁾ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและสวัสดิการสังคม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งกลุ่มทดลองที่จะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และสวัสดิการสังคม (1.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (The World Health Organization Quality of Life Brief Thai: WHOQOL-BREF-THAI) ที่พัฒนาขึ้นโดยสุวรรณ มหัตนรินทร์กุลและคณะ⁽¹⁸⁾ มีข้อความทั้งหมด จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) โดยจะครอบคลุมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ เกณฑ์การเลือกตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกจะให้คะแนน 5 ไปจนถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ขณะที่ข้อคำถามทางลบจะให้คะแนน 1 ไปจนถึง 5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) มีคุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) นำแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ไปหาค่าความเที่ยง ในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 (1.3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ 9: Patient Health Questionnaire, PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย⁽¹⁹⁾ (Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR) มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ โดยจะสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีความถี่ของอาการในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวันแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) โดยคะแนน จะอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-8 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (9-14 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (15-19 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง



(มากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป) นำแบบประเมิน PHQ-9 ไปหา ค่าความเที่ยง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ สร้างและดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย กรอบของการพัฒนาโปรแกรมมาจากทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura⁽¹³⁾ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹⁴⁾ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ร่วมกับสารสนเทศที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ โดยโปรแกรมฯ ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.60-1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อดูความชัดเจนของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นจะนำมาปรับแก้ให้เกิดความสมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้จริง รูปแบบกิจกรรมโดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมกลุ่มและฝึกปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย (1) การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการ กิจกรรมสันทนการและทำแบบทดสอบก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (2) อาหารเพื่อสุขภาพ โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (3) การชะลอสมองเสื่อม โดยการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย Clock Drawing Test (CDT)⁽²⁰⁾ และกิจกรรมบริหารสมอง (4) การป้องกันปัญหาการกลืนปัสสาวะ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาและฝึกบริหารกล้ามเนื้อหูรูด (5) การแก้ไขการนอนไม่หลับ ร่วมหาแนวทางแก้ไขและฝึกการหายใจประกอบเพลงดั่งดอกไม้บาน (6) การใช้ยาอย่างปลอดภัย ด้านการซื้อยาใช้เอง การใช้ยาสมุนไพร ยาบำรุงและหาแนวทางการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (7) การทำงานอดิเรกเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่น ได้แก่ การปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ การทำน้ำปลาร้าสูตรสมุนไพร และการทำปลาแดดเดียว (8) การออกกำลังกายเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่นประยุกต์ โดยการให้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการและได้กำหนดชื่อกิจกรรมคือ “ผู้สูงอายุนาฝาย ใส่ใจสุขภาพ” โดยการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์ เวลา 11.00-12.00 น. โดยมีการอบอุ่นร่างกาย 10 นาที การออกกำลังกายด้วย ท่ารำประกอบเพลงหมอรำพื้นเมืองชัยภูมิ จำนวน 10 ท่า (ออกแบบร่วมกันโดยกลุ่มผู้สูงอายุ) 20 นาที และการผ่อนคลาย 10 นาที รวมระยะเวลา 40 นาที (9) การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม (10) การส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง โดยการให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงความภาคภูมิใจในตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (11) ความปลอดภัยและการป้องกันตัวเองจากอุบัติเหตุ โดยการประเมินความเสี่ยงต่อ



การพลัดตกหกล้มด้วย Time Up and Go Test (TUG) with Dual Task⁽²¹⁾ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกทักษะการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันการหกล้มด้วยยางยืด (12) การป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมสุขภาพจิตและฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์คลายความเครียดด้วยผลหมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย โดยทำให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ภายหลังชี้แจงแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) และการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 64-1-007

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) ผู้วิจัยเชิญชวนผู้สูงอายุ เข้าร่วมการวิจัย อธิบายโครงการวิจัย พร้อมเอกสารชี้แจง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมฯ (2) เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าก่อนดำเนินโปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยนักวิจัย (3) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยจัดกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ละ 1 ชั่วโมง นาน 12 สัปดาห์ (4) เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ได้แก่ คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม โดยผู้ช่วยนักวิจัยชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และ independent t-test และ (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติ Independent sample t-test โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้สถิติ Kolomogorov-Smirnov พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 54.55 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.61 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 72.73 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 84.85 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นับศาสนาพุทธทั้งหมด มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 51.52 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 54.55 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 81.82 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 69.70 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.36 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 39.39 ในส่วนโรคประจำตัวอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.36 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 39.39 ด้านสวัสดิการทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับสวัสดิการทางสังคมทั้งหมด การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นในชุมชน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ร้อยละ 81.80 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตภาพรวม ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม คืออยู่ในระดับปานกลาง ($M=92.98, S.D. = 7.93; M = 93.68, S.D. = 7.24$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า (1) ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 57.58, 60.61) (2) ด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.55, 57.58) (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60.61) และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.55, 57.58)

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 81.82 และ 78.79 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 15.15 และ 8.18 และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 3.03 ตามลำดับ



4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง (n=66)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (n=66)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
คุณภาพชีวิตฯ	กลุ่มทดลอง	58.44	3.38	92.98	7.93	122.20*	0.01
	กลุ่มควบคุม	57.98	3.24	58.16	3.19	128.65	0.06
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	19.00	7.44	6.21	3.91	9.22*	0.000
	กลุ่มควบคุม	16.09	8.48	16.76	3.34	0.43	0.675

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=66)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มควบคุม (n=33)		t	p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
คุณภาพชีวิตฯ	ก่อนการทดลอง	58.44	3.38	57.68	3.24	4.39	0.065
	หลังการทดลอง	92.98	7.93	58.16	3.19	26.73*	0.000
ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	19.00	7.44	19.09	7.48	2.45	0.254
	หลังการทดลอง	6.21	3.91	16.76	3.34	11.77*	0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม โดยมีกิจกรรมหลัก 12 กิจกรรม ร่วมกับการประยุกต์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการส่งเสริมการทำงานอดิเรกสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ การปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ การทำน้ำปลาร้าสูตรสมุนไพรและการทำปลาแดดเดียว รวมทั้งการออกกำลังกายเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่นประยุกต์แบบมีส่วนร่วมในชื่อกิจกรรม “ผู้สูงอายุนาฝาย ใส่ใจสุขภาพ” ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 3 วัน ทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์ เวลา 11.00-12.00 น. โดยมีการอบอุ่นร่างกาย (10 นาที) การออกกำลังกายด้วยท่ารำประกอบเพลงหมอราบพื้นเมืองชัยภูมิ จำนวน 10 ท่า (20 นาที) และการผ่อนคลาย (10 นาที) รวม 40 นาที ซึ่งโปรแกรมหวังว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง⁽¹³⁾ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นใจในตนเอง มีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี มีส่วนร่วมในสังคม เล็งเห็นคุณค่าในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข ปราศจากภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของแวนใจ นาคะสุวรรณ⁽²²⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 40 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.339, p = 0.019$) และการศึกษาของฉัตรลดา ดีพร้อม และพัชรารัตน จันทร์เพชร⁽²³⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมพื้นบ้าน V-exercise ต่อสมรรถภาพทางกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน



41 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า สมรรถภาพทางกาย ระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม มีเนื้อหาที่เน้นการส่งเสริม สนับสนุนและเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเอง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มีส่วนร่วมในสังคม ดำเนินการโดยให้ความรู้ใช้กระบวนการกลุ่ม สอดแทรกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมเชิงสังคมและวัฒนธรรมมีการกระตุ้นเตือน และติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองซึ่งกล่าวถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเองว่าสูงเมื่อทำแล้วจะได้รับผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามจนประสบความสำเร็จ⁽¹³⁾ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ มาใช้ในการจัดกิจกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่าช่วยทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้นในทุกองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ โดยโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ ดังการศึกษาของกรฐณัชช ปัญญาใส, จุฑามาศ กิติศรีและพิชชานาด เงินดี⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ali, Subail, and Al⁽²⁵⁾ ที่ศึกษาความนับถือตนเองนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสถานรับเลี้ยงเด็ก พบว่า ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้การรับรู้คุณค่าตัวเองต่ำ เช่น การอยู่คนเดียว การแยกตัวเอง การเจ็บป่วย ความพิการ เหตุผลด้านสังคม ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มีตราบาป การไม่ได้สมรส และความอายุผู้สูงอายุเหล่านี้จะแยกตัว ไม่มีความสัมพันธ์ในสังคม ทำให้ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ จึงมีการเสนอให้ชุมชนช่วยแก้ปัญหาโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างโปรแกรม หรือกิจกรรมเพื่อป้องกันผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีความคิดทางบวกเกี่ยวกับตนเอง และญาติที่ใกล้ชิด การออกกฎหมายเพื่อสิทธิของผู้สูงอายุให้มีผู้ดูแลที่มีความเข้าใจด้านจิตใจของผู้สูงอายุอย่างเร่งด่วน ก่อนที่ปัญหาจะมีขนาดใหญ่กว่านี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

(1) นำโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ ไปปรับใช้ในการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างออกไป เช่น กลุ่มสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุติดบ้าน



และคิดสังคัม เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคัมและวัฒนธรรม มีความหลากหลายและเกิดประโยชน์เป็นวงกว้างมากยิ่งขึ้น (2) ควรมีการพัฒนากิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบท ความต้องการ และวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกิจกรรมที่ยั่งยืน ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้แก่ผู้สูงอายุ และ (3) ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคัมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์ ต่อผู้สูงอายุสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ องค์การบริหารส่วนตำบลนาฝาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย และมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. The United Nations. (2017). World population ageing. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf [accessed 2020 10 Mar]
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://service.nso.go.th>.
3. กองแผนและงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ. ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://plan.chpao.org/qrcode/myfileupload /20200214090736.pdf>.
4. อรรถพรณ ลีอนุช วัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
5. Lok, J. S., & Le Clair, J. K. Psychiatry in the Elderly. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2003; 28(5): 376–377.
6. นริสา วงศ์พนารักษ์และสายสมร เกลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557; 15(3):24-31.
7. Lai, D.W., & Surood S. Predictors of depression in aging South Asian, Canadians. *Journal of Cross Cultural Gerontology* 2016; 23:57-75.



8. นริสา วงศ์พนารักษ์. การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 6(2):160-165.
9. บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2553.
10. จุลจิรา จันทะมุงคุณ, ญัฐิกา ราชบุตรและชิตีรัตน์ เหล่าคมพฤตมาจารย์. การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2562; 22(1):14-21.
11. พิกุล ทับวิธร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์จัมพร เกษโกมล. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2):590-602.
12. กรฐณัชช ปัญญาไส, จุฑามาศ กิติศรีและพิชชานาถ เงินดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(2):65-74.
13. Bandura, Albert. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu. Rev.Psychol*; 2001.
14. House, Robert J. & Mitchell, Terence R. Path- Goal theory of leadership. *Journal of Contemporary Business*; 1974: 81-97.
15. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.
16. พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
17. Grove, S., Burns, N., & Gray, J. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (7th ed.). St. Louis, MO: Saunders; 2013.
18. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
19. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanich R. Reliability and validity of the thai version of the PHQ9. *BMC Psychiatry*; 2008.
20. McCarten J, Anderson P et al. Finding dementia in primary care: The results of a clinical demonstration project. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 210-217.
21. Podsiadlo, D., & Richardson, S. The timed up and go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 1991; 39(2): 142-148.



22. แวนใจ นาคะสุวรรณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563; 12(1):171-180.
23. นัตริลดา ดิพร้อมและพัชรารวรรณ จันท์เพชร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมพื้นบ้าน V-exercise ต่อสมรรถภาพทางกายระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563; 43(1): 42-53.
24. กรฐณรัชช ปัญญาใส, จุฑามาศ กิติศรีและพิชชานาถ เงินดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(2):65-74.
25. Ali, S. A., Suhail, N., & Ali, S A. Low self-esteem leads to depression among elderly: Case study of nursing home. Journal of Universal Surgery 2018; 4(2):145-155.



ประสิทธิผลการใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารกำลังคน ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2564

**Effectiveness of implementing manpower framework for manpower management in the Office of
 the Permanent Secretary for Public Health, 2017 – 2021**

Received: March 15, 2022

Revised: April 24, 2022

Accepted: April 25, 2022

มัชยัสต์ เหล่าสุรสุนทร¹, สุกัญญา มีสมบัติ¹, ศิราพรรณ บัวแย้ม¹, จิราพร นาดี้¹
 Mattayat laosurasoonthorn¹, Sukanya Meesombut¹, Siraphan Buayam¹, Jiraporn Nadee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบผสมผสาน ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กรอบอัตรากำลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 ของหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศึกษาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้แทนผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติของเขตสุขภาพ และเจ้าหน้าที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวม 15 คน

ผลการศึกษา พบว่า 1) เขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ได้มีการบริหารจัดการกำลังคนในหน่วยบริการโดยใช้กรอบอัตรากำลังมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งเมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลังปี พ.ศ. 2564 ภาพรวมของเขตสุขภาพมีร้อยละบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจากเดิม เท่ากับร้อยละ 5.80 โดยเขตสุขภาพที่ 6 มีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด คือ ร้อยละ 9.69 และในขณะเดียวกันจังหวัดชลบุรี ซึ่งตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 มีสัดส่วนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 14.98 และเมื่อพิจารณาการบริหารจัดการกำลังคนของเขตสุขภาพในหน่วยบริการในแต่ละระดับ พบว่า โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด คือ ร้อยละ 16.37 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการการใช้กรอบอัตรากำลังที่มีความสำคัญมากที่สุด 3 ปัจจัยแรก คือ (1) ผู้บริหารเขตสุขภาพ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์

¹ กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เป็นต้น (2) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสานงาน ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ และ (3) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ คือ ควรมีการใช้กรอบอัตรากำลังในการวางแผนและบริหารจัดการบุคลากรเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการกระจายบุคลากร แต่อย่างไรก็ตาม กรอบอัตรากำลังในอนาคตควรมีความยืดหยุ่น สามารถปรับได้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของงานและพื้นที่ในอนาคต

คำสำคัญ: กรอบอัตรากำลัง, บุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ, เขตสุขภาพ

Abstract

This is the descriptive, both quantitative and qualitative, study aims to comparing number of job occupied in manpower framework of the provincial sector of the office of the permanent secretary of public health during b.e. 2560-2564 and to study the effectiveness of the management of manpower framework of the permanent Secretary of public health during b.e. 2560-2564 The study use tertiary data from HROPS database comprising 25 professional job line in the permanent Secretary of public health and interview data derived from interviewing 15 executive and officer representative of health regions (framework user), Human Resources management division (audit and regulatory unit)

Our study found that 1) At the end of b.e.2564 manpower framework, there was 5.80% increments of public health officers (25 job line) of which health region no.6 had the maximum increment (9.69%) and Choburee province, assigned to health region no.6, had the highest officer increment (14.98%). For the service unit level, f3 level community hospital had the highest officer increment (16.37%) 2) Most important factors determining the success of implementing manpower framework are (1) The executives of health regions (ministry inspector, public health supervisor, etc) (2) Officers and coordinators in various levels (service unit, provincial, health regions) (3) Human Resource Office of the Permanent Secretary System : HROPS

Key recommendations from this study are to maintain health manpower framework in the future to ensure equitable distribution. However future health manpower framework should be flexible and adjustable according to dynamic of workflow and population health need.

Keywords: manpower framework, Public health personnel 25 professions, health region

¹Human Resource Division, Office of the permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand



บทนำ

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ⁽¹⁾ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดให้เป็นหนึ่งใน 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ⁽²⁾ โดยเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้ประสบกับปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพมาอย่างยาวนาน ทั้งในเรื่องความขาดแคลน การกระจายไปยังพื้นที่ขาดแคลนในชนบท และการชำระรักษาบุคลากรในพื้นที่ทุรกันดาร⁽⁴⁾ นอกจากนี้ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความซับซ้อน อีกทั้งความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนไทยเพิ่มมากขึ้น จากปัจจัยต่างๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้แบบแผนของความเจ็บป่วยประชาชนเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อ เป็นกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อ การเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนมีความรู้และความต้องการบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานมากขึ้น นอกจากนี้ความเป็นโลกาภิวัตน์ทำให้สังคมโลกแคบลง ความมีอิสระในการเคลื่อนย้ายทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศมีมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ทั้งปริมาณและคุณภาพบริการทางด้านสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งในที่สุดย่อมส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงมิได้⁽⁵⁾

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลระบบสุขภาพของประเทศไทยและดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจักระบบสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่บริการในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ซึ่งปัจจุบันระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และจากนั้นอีกเพียง 10 ปี จะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด⁽⁶⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยในการรองรับปัญหาโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

เพื่อให้การขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายและภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ และกำหนดกรอบอัตรากำลัง โดยเป็นเครื่องมือสำคัญ เพื่อเป็นกรอบทิศทางในการบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งในการจัดทำกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564⁽⁷⁾ ได้ให้ความสำคัญกับภาระงานของหน่วยบริการ ทั้งการให้บริการในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุข (Hospital/Institutionalized based) และการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมทั้งการรักษาพยาบาลในชุมชน (Non-hospital



based ทั้งนี้โครงสร้าง ภารกิจ และกรอบอัตรากำลังที่ได้จากการวิเคราะห์ภาระงานตามประเภทหน่วยงานใน ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ทั้ง 5 ประเภทหน่วยงาน จำแนกตามภารกิจ ดังนี้ 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง 3) โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A)/โรงพยาบาล ทัวไป (ระดับ S M1) จำนวน 116 แห่ง 4) โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M2 F1 F2 F3) จำนวน 780 แห่ง และ 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 9,775 แห่ง ได้ประกาศใช้ โครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2560 เพื่อใช้ในการวางแผนและบริหารจัดการอัตรากำ ลังคนเป็นระยะเวลา 5 ปี (ปี พ.ศ. 2560 - 2564) ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560⁽⁸⁾

เนื่องจากได้มีการใช้โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังมาเป็นระยะเวลา 5 ปีแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะทำการศึกษาและประเมินประสิทธิผลการใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารกำลังคนในสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2564 เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ เิงินนโยบาย ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหาร รวมถึงเป็นข้อมูลประกอบในการ จัดทำกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 - 2569 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการใช้กรอบอัตรากำลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 ของ หน่วยงานต่างๆ ในสังกัดราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ศึกษาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารกำลังคนในสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2564 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสม ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน กันยายน 2564 - มีนาคม 2565 รวม 7 เดือน



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากฐานข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ ที่มีอยู่จริง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ผู้แทนผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารจัดการกำลังคนในหน่วยงานต่างๆ ในราชการบริหารส่วนภูมิภาค ผู้แทนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบและควบคุมการใช้กรอบอัตรากำลัง รวม จำนวน 15 คน เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ฐานข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ ที่มีอยู่จริง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. แบบสัมภาษณ์ (Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างชนิดปลายเปิด มีจำนวน 2 ชุด เป็นแบบเดียวกันแต่ต่างมุมมองมีรายละเอียดเหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม สร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (REF) เป็นคำถามเกี่ยวกับกระบวนการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลัง ประโยชน์ของกรอบอัตรากำลัง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารกรอบอัตรากำลัง จากนั้นจึงได้จัดทำแบบสัมภาษณ์และนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาเพื่อตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเที่ยงตรงของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) ของแบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลการใช้กรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2564 โดยวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนบุคลากรก่อนและหลังการประกาศใช้กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560 – 2564 เปรียบเทียบกับกรอบอัตรากำลังขั้นสูง บุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ และศึกษากรอบอัตรากำลังในภาพรวม 4 สายวิชาชีพหลัก จำแนกตามรายสายวิชาชีพ จำแนกรายเขตสุขภาพ รายจังหวัด และระดับหน่วยบริการ วิเคราะห์ส่วนต่างค่าเป้าหมาย (Gap) และวิเคราะห์การกระจายตัวของบุคลากร



2. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการใช้กรอบอัตรากำลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 ของหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เทียบกับกรอบอัตรากำลัง จำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	กรอบอัตรากำลัง	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่างค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่างค่าเป้าหมาย	
1	33,433	22,541 (67.42)	10,892	23,658 (70.76)	9,775	3.34
2	19,123	13,215 (69.11)	5,908	14,186 (74.18)	4,937	5.07
3	16,683	10,499 (62.93)	6,184	11,286 (67.65)	5,397	4.72
4	24,784	16,308 (65.80)	8,476	17,457 (70.44)	7,327	4.64
5	30,242	19,191 (63.46)	11,051	20,997 (69.43)	9,245	5.97
6	28,538	18,785 (65.82)	9,753	21,549 (75.51)	6,989	9.69
7	25,291	16,951 (67.02)	8,340	18,483 (73.08)	6,808	6.06
8	27,008	18,140 (67.17)	8,868	20,080 (74.35)	6,928	7.18
9	33,173	21,039 (63.42)	12,134	23,853 (71.90)	9,320	8.48
10	24,005	16,232 (67.62)	7,773	17,491 (72.86)	6,514	5.24
11	25,517	17,056 (66.84)	8,461	18,781 (73.60)	6,736	6.76
12	26,357	20,897 (79.28)	5,460	21,270 (80.70)	5,087	1.42
รวม	314,154	210,854 (67.12)	103,300	229,091 (72.92)	85,063	5.80

จากตารางที่ 1 บุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ ก่อนการประกาศใช้กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560 ในภาพรวมเขตสุขภาพ มีจำนวนบุคลากร 210,854 อัตรา (ร้อยละ 67.12 ของกรอบอัตรากำลัง) (ส่วนต่างค่าเป้าหมาย 103,300 อัตรา) และเมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนบุคลากร 229,091 อัตรา (ร้อยละ 72.92 ของกรอบอัตรากำลัง) (ส่วนต่างค่าเป้าหมาย 85,063 อัตรา) ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2564 เขตสุขภาพทั้ง 12 เขตสุขภาพ มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้น 18,237 อัตรา



เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลก่อนการประกาศใช้กรอบอัตรากำลังและเมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลังพบว่า เขตสุขภาพที่มีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 6 (ร้อยละ 9.69) เขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 8.48) เขตสุขภาพที่ 8 (ร้อยละ 7.18) และน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 12 (ร้อยละ 1.42)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สาขาวิชาชีพ เทียบกับกรอบอัตรากำลังสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564 จำแนกรายจังหวัด (ร้อยละที่เพิ่มขึ้นต่ำสุด – สูงสุด)

เขตสุขภาพ	จังหวัด (กรอบอัตรากำลัง)	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สาขาวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สาขาวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	
1	เชียงใหม่ (8,373)	5,366 (64.09)	3,007	6,055 (72.32)	2,318	8.23
	พะเยา (3,054)	2,155 (70.56)	899	2,092 (68.50)	962	- 2.06
2	ตาก (3,331)	2,438 (73.19)	893	2,719 (81.63)	612	8.44
	สุโขทัย (3,074)	2,231 (72.58)	843	2,192 (71.31)	882	- 1.27
3	นครสวรรค์ (5,309)	3,238 (60.99)	2,071	3,659 (68.92)	1,650	7.93
	อุทัยธานี (2,376)	1,539 (64.77)	837	1,572 (66.16)	804	1.39
4	นนทบุรี (3,178)	2,139 (67.31)	1,039	2,567 (80.77)	611	13.46
	นครนายก (1,524)	1,091 (71.59)	433	1,032 (67.72)	492	- 3.87
5	สมุทรสาคร (2,789)	1,639 (58.77)	1,150	1,883 (67.52)	906	8.75
	สมุทรสงคราม (1,284)	951 (74.07)	333	938 (73.05)	346	- 1.02
6	ชลบุรี (6,047)	3,974 (65.72)	2,073	4,880 (80.70)	1,167	14.98
	ตราด (1,655)	1,159 (70.03)	496	1,217 (73.53)	438	3.50
7	ร้อยเอ็ด (6,541)	4,191 (64.07)	2,350	4,666 (71.33)	1,875	7.26
	มหาสารคาม (4,559)	3,204 (70.28)	1,355	3,349 (73.46)	1,210	3.18
8	สกลนคร (5,712)	3,998 (69.99)	1,714	4,652 (81.44)	1,060	11.45
	หนองบัวลำภู (2,129)	1,502 (70.55)	627	1,512 (71.02)	617	0.47
9	นครราชสีมา (12,616)	8,424 (66.77)	4,192	9,690 (76.80)	2,926	10.03
	ชัยภูมิ (5,043)	3,482 (69.05)	1,561	3,786 (75.07)	1,257	6.02
10	ศรีสะเกษ (6,876)	4,284 (62.30)	2,592	4,909 (71.39)	1,967	9.09
	อำนาจเจริญ (1,989)	1,448 (72.80)	541	1,474 (74.11)	515	1.31
11	ภูเก็ต (2,320)	1,615 (69.61)	705	1,954 (84.22)	366	14.61
	พังงา (2,045)	1,447 (70.76)	598	1,489 (72.81)	556	2.05



เขตสุขภาพ	จังหวัด (กรอบอัตรากำลัง)	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	
		12	สตูล (1,775)	1,439 (81.07)	336	
	ยะลา (3,164)	2,720 (85.97)	444	2,661 (84.10)	503	-1.87

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า เมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564 จังหวัดภายในเขตสุขภาพที่ 3, 6, 7, 8, 9, 10, และ 11 ทุกจังหวัดมีสัดส่วนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรก่อนการประกาศใช้กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560 แต่เมื่อพิจารณาเขตสุขภาพที่ 1, 2, 4, 5 และ 12 พบว่า มีบางจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่มีสัดส่วนบุคลากรลดลงจากเดิม

เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีสัดส่วนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ จังหวัดชลบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดภูเก็ต (เขตสุขภาพที่ 11) และจังหวัดนนทบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) และจังหวัดที่มีสัดส่วนบุคลากรลดลงจากเดิมมากที่สุด คือ จังหวัดนครนายก (เขตสุขภาพที่ 4)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เทียบกับกรอบอัตรกำลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564 จำแนกตามระดับหน่วยงาน

ระดับ หน่วยบริการ	กรอบ อัตรากำลัง	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	
		A	63,291	40,656 (64.24)	22,635	
S	38,571	29,483 (76.44)	9,088	31,740 (82.29)	6,831	5.85
M1	14,404	11,136 (77.31)	3,268	12,421 (86.23)	1,983	8.92
M2	21,404	17,708 (82.73)	3,696	19,555 (91.36)	1,849	8.63
F1	13,054	10,643 (81.53)	2,411	11,269 (86.33)	1,785	4.80
F2	60,755	45,894 (75.54)	14,861	48,552 (79.91)	12,203	4.37
F3	7,644	3,879 (50.75)	3,765	5,131 (67.12)	2,513	16.37
สสจ.	10,149	5,404 (53.25)	4,745	6,132 (60.42)	4,017	7.17
รพ.สต.	78,377	41,100 (52.44)	37,277	43,104 (55.00)	35,273	2.56
สสอ.	6,505	4,951 (76.11)	1,554	4,849 (74.54)	1,656	- 1.57
รวม	314,154	210,854 (67.12)	103,300	229,091 (72.92)	85,063	5.80



จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการประกาศใช้กรอบอัตรากำลังและเมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564 หน่วยบริการที่มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 (ร้อยละ 16.37) รองลงมา คือ โรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A (ร้อยละ 8.97) และรองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M1 (ร้อยละ 8.92) ตามลำดับ และระดับหน่วยบริการที่มีจำนวนบุคลากรลดลง คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ - 1.57)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ เทียบกับกรอบอัตรากำลังสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564 จำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	กรอบอัตรากำลัง	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่างค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่างค่าเป้าหมาย	
1	20,479	15,321 (74.81)	5,158	16,196 (79.09)	4,283	4.28
2	11,896	8,557 (71.93)	3,339	9,332 (78.45)	2,564	6.52
3	9,748	6,779 (69.54)	2,969	7,386 (75.77)	2,362	6.23
4	15,019	11,063 (73.66)	3,956	11,954 (79.59)	3,065	5.93
5	18,992	12,856 (67.69)	6,136	14,443 (76.05)	4,549	8.36
6	18,115	12,475 (68.87)	5,640	14,804 (81.72)	3,311	12.85
7	15,468	11,178 (72.27)	4,290	12,384 (80.06)	3,084	7.79
8	16,203	11,557 (71.33)	4,646	13,090 (80.79)	3,113	9.46
9	20,926	14,058 (67.18)	6,868	16,574 (79.20)	4,352	12.02
10	14,621	10,361 (70.86)	4,260	11,538 (78.91)	3,083	8.05
11	15,917	11,349 (71.30)	4,568	12,883 (80.94)	3,034	9.64
12	16,121	14,025 (87.00)	2,096	14,414 (89.41)	1,707	2.41
รวม	193,505	139,579 (72.13)	53,926	154,998 (80.10)	38,507	7.97

จากตารางที่ 4 บุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ) ก่อนการประกาศใช้กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560 ในภาพรวมของเขตสุขภาพ มีจำนวนบุคลากร 139,579 อัตรา (ร้อยละ 72.13 ของกรอบอัตรากำลัง) (ส่วนต่างค่าเป้าหมาย 53,926 อัตรา) และเมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนบุคลากร 154,998 อัตรา (ร้อยละ 80.10 ของกรอบอัตรากำลัง) (ส่วนต่างค่าเป้าหมาย 38,507 อัตรา) ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 - 2564 เขตสุขภาพมีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้น 15,419 อัตรา



เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลก่อนการประกาศใช้กรอบอัตรากำลังและเมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลัง พบว่า เขตสุขภาพที่มีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 6 (ร้อยละ 12.85) เขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 12.02) เขตสุขภาพที่ 11 (ร้อยละ 9.64) และน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 12 (ร้อยละ 2.41)

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ เทียบกับกรอบอัตรากำลังสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564 จำแนกรายจังหวัด (ร้อยละที่เพิ่มขึ้นต่ำสุด – สูงสุด)

เขตสุขภาพ	จังหวัด (กรอบอัตรากำลัง)	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	
1	เชียงใหม่ (5,133)	3,582 (69.78)	1,551	4,165 (81.14)	968	11.36
	พะเยา (1,821)	1,494 (82.04)	327	1,442 (79.19)	379	- 2.85
2	ตาก (2,026)	1,491 (73.59)	535	1,708 (84.30)	318	10.71
	สุโขทัย (1,773)	1,456 (82.12)	317	1,441 (81.27)	332	- 0.85
3	นครสวรรค์ (3,224)	2,126 (65.94)	1,098	2,463 (76.40)	761	10.46
	พิจิตร (1,786)	1,322 (74.02)	464	1,387 (77.66)	399	3.64
4	นนทบุรี (1,965)	1,504 (76.54)	461	1,858 (94.55)	107	18.01
	นครนายก (870)	718 (82.53)	152	688 (79.08)	182	- 3.45
5	สมุทรสาคร (1,888)	1,155 (61.18)	733	1,368 (72.46)	520	11.28
	สมุทรสงคราม (748)	641 (85.70)	107	649 (86.76)	99	1.06
6	สมุทรปราการ (2,141)	1,313 (61.33)	828	1,722 (80.43)	419	19.10
	ระยอง (2,554)	1,838 (71.97)	716	1,965 (76.94)	589	4.97
7	ร้อยเอ็ด (3,901)	2,735 (70.11)	1,166	3,106 (79.62)	795	9.51
	มหาสารคาม (2,707)	2,101 (77.61)	606	2,260 (83.49)	447	5.88
8	สกลนคร (3,512)	2,496 (71.07)	1,016	2,995 (85.28)	517	14.21
	หนองบัวลำภู (1,194)	895 (74.96)	299	939 (78.64)	255	3.68
9	นครราชสีมา (8,176)	5,675 (69.41)	2,501	6,789 (83.04)	1,387	13.63
	ชัยภูมิ (3,027)	2,311 (76.35)	716	2,602 (85.96)	425	9.61



เขต สุขภาพ	จังหวัด (กรอบอัตรากำลัง)	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่ เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	
		10	ศรีสะเกษ (4,010)	2,713 (67.66)	1,297	
	อำนาจเจริญ (1,135)	844 (74.36)	291	883 (77.80)	252	3.44
11	ภูเก็ต (1,643)	1,142 (69.51)	501	1,427 (86.85)	216	17.34
	พังงา (1,148)	970 (84.49)	178	993 (86.50)	155	2.01
12	ตรัง (2,360)	1,689 (71.57)	671	1,899 (80.47)	461	8.90
	นราธิวาส (2,419)	2,352 (97.23)	67	2,321 (95.95)	98	- 1.28

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า เมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564 จังหวัดภายในเขตสุขภาพที่ 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, และ 11 ทุกจังหวัดมีสัดส่วนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรก่อนการประกาศใช้กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560 แต่เมื่อพิจารณาเขตสุขภาพที่ 1, 2, 4 และ 12 พบว่า มีบางจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่มีสัดส่วนบุคลากรลดลงจากเดิม

เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีสัดส่วนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ จังหวัดสมุทรปราการ (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดนนทบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) และจังหวัดภูเก็ต (เขตสุขภาพที่ 11) และจังหวัดที่มีสัดส่วนบุคลากรลดลงจากเดิมมากที่สุด คือ จังหวัดนครนายก (เขตสุขภาพที่ 4)

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ เทียบกับกรอบอัตรกำลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564 จำแนกตามระดับหน่วยบริการ

ระดับ หน่วยบริการ	กรอบ อัตรากำลัง	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรกำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรกำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่ เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	
		A	52,116	34,489 (66.18)	17,627	
S	30,231	24,305 (80.40)	5,926	26,305 (87.01)	3,926	6.61
M1	10,483	8,888 (84.78)	1,595	9,920 (94.63)	563	9.85
M2	15,527	13,409 (86.36)	2,118	15,088 (97.17)	439	10.81
F1	9,365	7,975 (85.16)	1,390	8,438 (90.10)	927	4.94
F2	39,729	32,614 (82.09)	7,115	34,340 (86.44)	5,389	4.35



ระดับ หน่วยบริการ	กรอบ อัตรากำลัง	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ ก่อนประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2560		จำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ หลังประกาศกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564		ร้อยละที่ เพิ่มขึ้น
		จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร (ร้อยละ)	ส่วนต่าง ค่าเป้าหมาย	
F3	4,154	2,713 (65.31)	1,441	3,438 (82.76)	716	17.45
สสจ.	2,945	1,504 (51.07)	1,441	2,021 (68.62)	924	17.55
รพ.สต.	27,199	13,149 (48.34)	14,050	15,188 (55.84)	12,011	7.50
สสอ.	1,756	533 (30.35)	1,223	616 (35.08)	1,140	4.73
รวม	193,505	139,579 (72.13)	53,926	154,998 (80.10)	38,507	7.97

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการประกาศใช้กรอบอัตรากำลังและเมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564 หน่วยบริการที่มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 4 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 17.55) รองลงมาโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 (ร้อยละ 17.45) และรองลงมาโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 (ร้อยละ 10.81) ตามลำดับ และน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 (ร้อยละ 4.35)

2. ผลการศึกษาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2564

กระบวนการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลัง

ในการบริหารกรอบอัตรากำลังของเขตสุขภาพ พบว่า ได้ดำเนินการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ค่วนที่สุดที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560⁽⁸⁾ และ ที่ สธ 0208.02/ว 1194 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2563⁽⁹⁾ โดยเขตสุขภาพบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการมีส่วนร่วมกันระหว่างหัวหน้าหน่วยงานภายในเขตสุขภาพอย่างบูรณาการ และเจ้าหน้าที่เขตสุขภาพเป็นผู้ประสานควบคุม กำกับ และติดตาม พร้อมทั้งจัดทำข้อมูลเสนอผู้บริหารเขตสุขภาพพิจารณา

ประโยชน์ของกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2564

เป็นเครื่องมือในการวางแผนกำลังคนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมกับหน่วยบริการแต่ละระดับ และใช้วางแผนความก้าวหน้าของบุคลากรในการกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้นวางแผนอบรมและพัฒนากำลังคนสาธารณสุข และใช้เป็นข้อมูลประกอบการขออัตรากำลังใหม่ เพื่อทดแทนบุคลากรที่ขาดแคลนและมีความจำเป็นต่อระบบบริการสุขภาพ



ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการการใช้กรอบอัตรากำลังที่ผ่านมา

การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังไม่มีความยืดหยุ่น เนื่องจากหน่วยงานต้องใช้กรอบตามที่กำหนดไว้ จึงไม่สอดคล้องกับพื้นที่และบริบทของเขตสุขภาพ ประกอบกับกรอบอัตรากำลังที่ใช้อยู่ไม่สอดคล้องกับภาระงานในปัจจุบัน เนื่องจากระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และปัญหาในเรื่องความรู้ ความเข้าใจในการบริหารจัดการและการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการการใช้กรอบอัตรากำลัง

ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีนโยบาย ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังคนในเขตสุขภาพ มีกลไกในการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ รวมถึงความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานเขตสุขภาพและผู้ประสานงานในหน่วยบริการมีการเรียนรู้ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน มีการสื่อสารร่วมกันในแต่ละจังหวัดกับโรงพยาบาลในแต่ละระดับ และระบบ HROPS มีส่วนช่วยให้เกิดความสำเร็จในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการการใช้กรอบอัตรากำลัง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลการใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารกำลังคนในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบผสมผสาน ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กรอบอัตรากำลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 ของหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและศึกษาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษาการใช้กรอบอัตรากำลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 ของหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ได้มีการบริหารจัดการกำลังคนในหน่วยบริการโดยใช้กรอบอัตรากำลังมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งเมื่อสิ้นสุดกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2564 ภาพรวมของเขตสุขภาพมีร้อยละบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจากเดิม เท่ากับ ร้อยละ 5.80 โดยเขตสุขภาพที่ 6 มีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุดคือ ร้อยละ 9.69 และในขณะเดียวกันจังหวัดชลบุรี ซึ่งตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 มีสัดส่วนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 14.98 และเมื่อพิจารณาการบริหารจัดการกำลังคนของเขตสุขภาพในหน่วยบริการในแต่ละระดับ พบว่า โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด คือ ร้อยละ 16.37 และหากพิจารณาเฉพาะ 4 สายวิชาชีพหลัก (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ) เขตสุขภาพที่ 6 มีสัดส่วนบุคลากร 4 สายวิชาชีพหลัก เพิ่มขึ้นจาก



เดิมมากที่สุดเช่นเดียวกัน คือ ร้อยละ 12.85 โดยจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 มีสัดส่วนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด หากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า เขตสุขภาพที่ 6 เป็นเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษและมีจังหวัดที่อยู่ติดชายขอบ และเป็นเขตนำร่องในการปรับกรอบอัตรากำลังที่สอดคล้องกับการจัดบริการของเขตสุขภาพ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวทำให้การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังมีความยืดหยุ่น และในขณะเดียวกันการพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังคนได้คำนึงถึงภาระงานและการจัดบริการตาม Service Plan เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจ รูปแบบการจัดบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้ว่า ในแต่ละเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนในหน่วยบริการในแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม โดยโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุข 25 สายวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด คือ ร้อยละ 16.37 และในภาพ 4 สายวิชาชีพหลัก (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ) มีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมมากเป็นอันดับที่สอง ซึ่งตอบโจทยนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะเป็ผลดีต่อประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และเมื่อพิจารณาการกระจายตัว พบว่า เมื่อสิ้นสุดการใช้กรอบอัตรากำลัง มีการเพิ่มกำลังคนเข้าไปในหน่วยบริการมากที่สุด อันแรก คือ โรงพยาบาล ระดับ M1, M2 และพบว่า ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการเพิ่มกำลังคนเข้าไปจำนวนน้อย ไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่มีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2560) พบว่า ภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีความขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงาน อัตรากำลังบุคลากรที่มีในปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์เชิงนโยบาย เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหาร รวมถึงเป็นข้อมูลประกอบในการจัดทำกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 - 2569 ต่อไป

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 – 2564 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลัง เขตสุขภาพ ได้ดำเนินการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการ และใช้กรอบอัตรากำลังเป็นเครื่องมือในการวางแผนกำลังคนเพื่อให้มีบุคลากรสาธารณสุขเหมาะสมกับหน่วยบริการแต่ละระดับ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการการใช้กรอบอัตรากำลังที่มีความสำคัญมากที่สุด 3 ปัจจัยแรก คือ (1) ผู้บริหารเขตสุขภาพ (2) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสานงาน ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ และ (3) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2553) เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกำหนดกรอบอัตรากำลัง มีดังนี้



ผู้บริหาร ผู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบ การสื่อสารภายในองค์กร ระบบข้อมูลอัตรากำลัง และการติดตามงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับจรรยาบรรณ กิจสมพร (2563) เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพในประเทศไทยมุมมองผู้กำหนดนโยบาย มีดังนี้ ปัจจัยที่สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข คือผู้บริหารต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนติดตามการดำเนินการตามแผนพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการจัดการฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งใช้กลไกการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้⁽¹²⁾ แต่อย่างไรก็ตาม กรอบอัตรากำลังที่ใช้อยู่ยังไม่มีความยืดหยุ่น ไม่สอดคล้องกับพื้นที่และระบบบริการของเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษากรอบอัตรากำลังของสายงานสนับสนุนเพิ่มเติมด้วย เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารกำลังคนในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 - 2564 เพื่อให้ครอบคลุมกรอบอัตรากำลังของบุคลากรทั้งหมด
2. สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์เชิงนโยบาย ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหาร รวมถึงเป็นข้อมูลประกอบในการจัดทำกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 - 2569 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ขอขอบพระคุณ นายสรเรณู นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาให้ข้อมูลประกอบการวิจัยรวมถึง ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงทิวาพรรณ ปิยกุลมาลา ที่ปรึกษาระดับกระทรวง ด้านเวชกรรมป้องกัน ดร.กฤษฎา แสงดี อดีตที่ปรึกษาระดับกระทรวง ผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตร์สาธารณสุข และนายแพทย์ทิมกร โนรี ที่ปรึกษาด้านข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ได้ให้คำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงการศึกษาวิจัยมาโดยตลอดการศึกษาวิจัย และขอขอบพระคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการร่วมแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์งานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Global strategy on human resources for health: HWF 2030. World Health Organization; 2016.



2. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization; 2010.
3. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี; 2550.
4. Pakaiya N, Noree T. Thailand's Health Workforce: A review of challenges and experiences. Washington, DC; 2009.
5. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี; 2560.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560).คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ. 2560 -2564). กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข.กลุ่มประสานนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560).หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สช 0201.032/ว1707 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560 เรื่อง โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังราชการในส่วนภูมิภาค. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563).หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สช 0208.02/ว 1194 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2563 เรื่อง การบริหารกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
10. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2560). การศึกษาภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
11. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2553). คู่มือวิเคราะห์อัตรากำลังของส่วนราชการ. สำนักพัฒนาระบบงานตำแหน่งและค่าตอบแทน สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
12. จุริรัตน์ กิจสมพร และคณะ. (2563). ปัจจัยสนับสนุนและแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพในประเทศไทย: มุมมองผู้กำหนดนโยบาย. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.



การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

THE DEVELOPMENT OF TRAINING COURSE TO ENCHANCE THE PERFORMANCE OF STROKE CARE NURSES TAMBON HEALTH PROMOTING HOSPITAL, KALASIN PROVINCE

Received: February 17, 2022

Revised: April 01, 2022

Accepted: April 04, 2022

ทิพาพร ราชไกร¹, ณัฐรัชชัย จันทชุม², ทิพาพร สุจาเรี³

TIPAPHON RACHAGAI¹, NATTACHAI JANTACHUM², TIPAPORN SUJAREE³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา และประเมินผล หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้าน โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร ระยะที่ 3 การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้ และระยะที่ 4 การประเมินหลักสูตรฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย พบว่า หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหลักสูตรในห้องเรียน จำนวน 18 ชั่วโมง โดยรูปแบบทั้งการบรรยาย และฝึกปฏิบัติ ผลการนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้ในการฝึกอบรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรม ทั้งสิ้นจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.00 ช่วงอายุมากที่สุด ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 48.00 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.00 มีค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนการอบรม 7.97 หลังการอบรม 10.90 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการอบรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ ทั้งนี้ ระดับความพึงพอใจมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ค่าเฉลี่ย 3.50 ในทุกด้าน

ควรกำหนดนโยบายในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสนับสนุนการใช้หลักสูตรเพื่อคุณภาพการบริการผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, หลักสูตรพยาบาลวิชาชีพ

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

² สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

³ คณะครุศาสตร์ สาขาวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



Abstract

This Quasi- Experimental Research study aimed to develop and evaluate the capacity of the stroke care nurses. The research is divided into four stages. Stage 1: Studying basic information and the need to develop training courses. Phase 2 Course Development. Phase 3 Implementation of Training Courses and Phase 4 Evaluation of Training Courses. The population consisted of professional nurses working on stroke care who work in subdivision health promoting hospitals in Kalasin province. This training courses included an 18-hour classroom course with both lectures and practices.

The results of training courses founded that a total of 50 trained nurses, mostly female, 86.00 percent, between the ages of 31 and 40, 48.00 percent, a bachelor's degree, 94.00 percent. The score of pre-training was 7.97, while, after training was 10.90. There was a statistically significant difference in P-value < 0.001. Furthermore, the satisfaction level is greater than the required threshold. Average 3.50 in all aspects.

Policy should be established to develop personnel competency in sub-district health promoting hospitals and support the use of curriculum for the quality of patient service.

Keywords: Stroke, Nursing Courses

¹ Doctor of Philosophy in Curriculum Research and Development Rajabhat Maha Sarakham University

² Asst.Prof.Acting Sub.Lt.Rajabhat Maha Sarakham University

³ Asst. Prof.Rajabhat Maha Sarakham University

Tipaphon.ra@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ในแต่ละปีพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 15 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ ทั้งนี้ได้มีการทำนายว่าในปี พ.ศ 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 23 ล้านคน⁽²⁾ ประเทศไทยพบรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 42.9 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2561 และในปี พ.ศ. 2564 พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจำนวน 34,728 ราย⁽³⁾ สาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁾ โดยทำให้หลอดเลือดสมองเสียความยืดหยุ่น ตีบแคบ และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเกิดการโป่งพองที่ผนังหลอดเลือด เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นต่อเนื่อง ทำให้หลอดเลือดส่วนที่โป่งพองเกิดการแตก หรืออุดตัน จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด⁽⁵⁾



จังหวัดกาฬสินธุ์ พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2559 – 2562 เท่ากับ 1,052, 1,324, 1,493 และ 1,352 ตามลำดับ โดยในห้วงเวลาเดียวกันอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในระบบ Stroke fast track เพียงร้อยละ 20.23, 21.39, 19.05 และ 20.39 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เพียงร้อยละ 43.62, 49.43, 79.54 และ 35.71 ตามลำดับ⁽⁶⁾ การตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า เนื่องจากมีการรับรู้ต่อสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน^(7,8) ไม่ได้ตระหนักว่าสิ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นสัญญาณเตือน ของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการดูแลรักษาทันที ทำให้สูญเสียโอกาสในการเข้ารับบริการเพื่อจัดการดูแลตนเองที่⁽⁸⁾ ถึงแม้ว่าจะมีการสร้างระบบ FAST TRACT⁽⁹⁾ แต่แนวโน้มในการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมจากโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดกาฬสินธุ์ยังน้อยทำให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น

การพัฒนาสมรรถนะเป็นกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องให้บุคคลแสดงความสามารถ ทักษะที่ต้องการในการดูแลผู้ป่วยและประยุกต์ใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสม แนวคิดเรื่องสมรรถนะนี้ มีพื้นฐานมาจากการมุ่งเสริมสร้างความสามารถให้บุคคล โดยเชื่อว่าเมื่อคนมีความสามารถ แล้วจะ ใช้ความสามารถที่มีอยู่ผลักดันให้องค์กรดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้สมรรถนะยังได้รับอิทธิพล มาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ ประสบการณ์ การทำงาน การศึกษา และการได้รับการอบรมเพิ่มเติม ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และสมรรถนะ รวมถึงมาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้ บริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁽¹¹⁾

การพัฒนาสมรรถนะโดยการเรียนรู้ ในปัจจุบันควรให้ผู้เรียนเป็นผู้แสวงหาความรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา สร้างความตระหนัก ให้เกิดกับตัวผู้เรียน⁽¹²⁾ ด้วยกระบวนการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะสามารถทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง จากกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียน สามารถสร้างความรู้ด้วยตนเอง โดยอิงจากประสบการณ์เดิม และจากกระบวนการกลุ่มที่ได้ร่วมกันค้นหา สร้างองค์ความรู้ใหม่

American Association College of Nursing ให้ความหมายของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพว่า หมายถึง ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของบุคคลที่ทำให้บุคคลปฏิบัติงานได้ดี⁽¹³⁾ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย สามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เร่งด่วน และวิกฤต⁽¹⁴⁾ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นหนึ่งในทีมงานที่ทำให้เกิดการดูแลที่เป็นเลิศ ตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่ประสบผลสำเร็จขององค์กรในการมุ่งสู่ความเป็นเลิศ⁽¹⁵⁾ ต้องมีสมรรถนะด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁶⁾ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการผลักดันให้การดำเนินงานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้



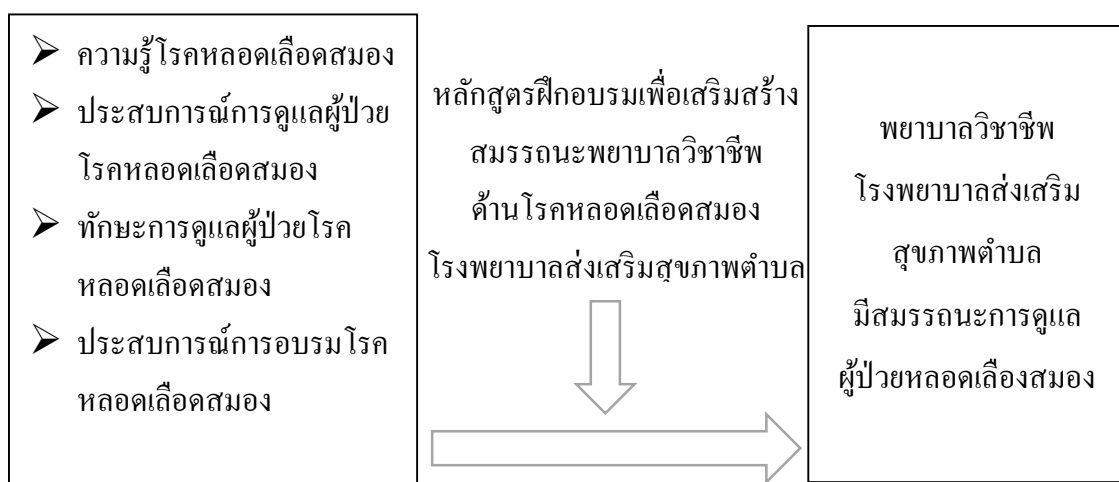
ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญ เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ อีกทั้งจากการทบทวนอุบัติการณ์ที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความล่าช้าคือ การตัดสินใจในการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำมาใช้ในกระบวนการฝึกอบรม และการฝึกปฏิบัติ โดยรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่สร้างขึ้นในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการ Stroke Fast Track ภายในเวลา 270 นาที ที่จะสามารถให้การรักษาค่ายาได้อย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ก่อนที่สมองจะเสียหายจากการขาดเลือดออกอัตรการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้าน โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ศึกษาผลของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้าน โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาผลของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีพื้นฐานคือความรู้ ประสบการณ์ทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประสบการณ์การอบรมเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเมื่อได้รับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมจะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Research Framework)



ระเบียบวิธีวิจัย

ผลของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้าน โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกแบบการวิจัยในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งเป็น 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตร ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร ระยะที่ 3 การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้ และระยะที่ 4 การประเมิน หลักสูตรฝึกอบรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) แพทย์และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ ด้าน โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ท่าน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคหลอดเลือดสมอง และ 2) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่รับผิดชอบงาน ด้าน โรคหลอดเลือดทั้งหมด 115 คน ขอความร่วมมือโดยสมัครใจในการตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์

ระยะที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 คน

ระยะที่ 3 และ 4 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ประมาณประชากรอย่างง่าย 15-30%⁽¹⁷⁾ กลุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ในด้านแนวคิดเกี่ยวกับโรคการขาดอวัยวะ และ 2) แบบสอบถาม แบบตอบด้วยตนเองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับความจำเป็นในการฝึกอบรม จำนวน ทั้งสิ้น 20 ข้อ (ด้านความรู้ 16 ข้อ, ด้านทักษะปฏิบัติ 4 ข้อ) โดยกำหนด ระดับคะแนนระหว่าง 1 - 5 คะแนน สูงสุดคือ จำเป็นมากที่สุด 5 คะแนน และจำเป็นอย่างน้อยที่สุดคือ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มีคะแนนที่ 3.5 คะแนนขึ้นไป (สมรรถนะที่ต้องการมาก (3.5 - 4.49 คะแนน) และ สมรรถนะที่ต้องการมากที่สุด (4.5 - 5.0 คะแนน)

ระยะที่ 2 แบบประเมินดัชนีความสอดคล้องของหลักสูตรระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence : IOC) จำนวน 3 ระดับ คือ สอดคล้อง (+1), ไม่แน่ใจ (0) และ ไม่สอดคล้อง (-1) กำหนดความสอดคล้องที่ยอมรับได้ คือ 0.50 คะแนนขึ้นไป

ระยะที่ 3 หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้าน โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 ชั่วโมง ประกอบด้วย เนื้อหา บทที่ 1 รู้ทันโรคหลอดเลือดสมอง บทที่ 2 สะกดรอยปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และ บทที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา โดยกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย และการฝึกปฏิบัติ ประเมินผลจากการสังเกต ทบทวนการฝึกปฏิบัติ โดยมีแบบทดสอบความรู้ ก่อนและหลังการอบรมเป็นแบบทดสอบแบบ



ปรนัย มี 4 ตัวเลือกใน 1 ข้อ โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ คะแนนตอบถูกข้อละคะแนน มีคะแนนสูงสุด ที่ 14 คะแนน

ระยะที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม เป็นแบบประเมินแบบตอบด้วยตนเอง แต่ละข้อ มี 5 ระดับ ระหว่าง น้อยที่สุด - มากที่สุด จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ด้านวิทยากร จำนวน 6 ข้อ ด้านเนื้อหาหลักสูตร จำนวน 6 ข้อ ด้านความรู้ 4 ข้อ ด้านสถานที่ 4 ข้อ และ การปฏิบัติงานของผู้จัด 4 ข้อ โดยแต่ละข้อกำหนดข้อละมี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ระดับคะแนน 1-5 คะแนน โดยข้อที่มีระดับคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน น้อยที่สุดคือ 1 คะแนน กำหนด เกณฑ์ความพึงพอใจน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย1.00-1.50), น้อย (ค่าเฉลี่ย1.51-2.50), ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย2.51-3.50), มาก(ค่าเฉลี่ย3.51-4.50) และมากที่สุด(ค่าเฉลี่ย4.51-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบประสิทธิภาพด้วยการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และ 2) แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) โดยยอมรับที่มากกว่า 0.70 พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ 0.947

ระยะที่ 2 การตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องของหลักสูตร ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ พบว่ามีค่าความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 ทุกรายการ

ระยะที่ 3 แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจด้านการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลวิชาชีพ คัดเลือกข้อที่มีค่าความยากง่ายตั้งแต่ 0.20 - 0.80 และค่าอำนาจจำแนก 0.20 ขึ้นไปได้ จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ

ระยะที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ความตรงตามวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และแบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 จำนวน

ระยะที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบด้วย Paired – Sample T test

ระยะที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ปกป้องกลุ่มตัวอย่างโดยผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างบันทึกในรูปแบบของรหัสแบบสอบถามไม่สามารถอ้างอิงถึงบุคคล และมีการทำลายเอกสารทั้งหมด เมื่อดำเนินการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 48/2564 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

ผลใช้หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้ารับการอบรม จำนวนทั้งสิ้น 50 คน เป็นหญิง ร้อยละ 86.00 เพศชาย ร้อยละ 14.00 อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 54 ปี อายุเฉลี่ย 39.50 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.00

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะทั่วไปของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	14.00
หญิง	43	86.00
อายุ		
20-30 ปี	11	22.00
31-40 ปี	24	48.00
41-50 ปี	13	26.00
51-60 ปี	2	4.00
Minimum= 25 ปี, Maximum 54 ปี, Mean 39.5 Median 32		
การศึกษา		
ปริญญาตรี	47	94.00
ปริญญาโท	3	6.00



2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย ก่อนการอบรม ที่ 7.97 คะแนน หลังการอบรม ที่ 10.90 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังการอบรมต่อคะแนนก่อนการอบรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อน-หลังการอบรม

ตัวแปร	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		df	t	P-value	95% CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Posttest- Pre test	7.97	2.90	10.90	1.56	50	15.302	<0.001	2.55	3.30

3. ความพึงพอใจการอบรมหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การประเมินความพึงพอใจต่อ พบว่า มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ในประเด็นเนื้อหาโครงการในข้อเอกสารประกอบการอบรม และประเด็นการปฏิบัติงานของผู้จัดในข้อความรวดเร็วในการบริการ ส่วนประเด็นอื่นๆมีระดับความพึงพอใจมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลความพึงพอใจ

รายการ	ค่าเฉลี่ย ±ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
วิทยากร		
1. มีความรู้ ประสบการณ์ตรงกับหัวข้อที่บรรยาย	4.30±0.60	พึงพอใจมาก
2. เนื้อหาในการอบรมมีความครบถ้วน	4.29±0.69	พึงพอใจมาก
3. มีเทคนิควิธีการฝึกอบรมที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย	4.47±0.50	พึงพอใจมาก
4. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถาม	4.34±0.47	พึงพอใจมาก
5. ตอบคำถามตรงประเด็น เข้าใจง่าย	4.39±0.59	พึงพอใจมาก
6. วิเคราะห์ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาคิดชัดเจน	4.40±0.58	พึงพอใจมาก
เนื้อหาของโครงการ/หลักสูตรอบรม		
1. ความรู้ ความเข้าใจในแต่ละหัวข้อการอบรม	4.43±0.56	พึงพอใจมาก
2. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการอบรม	4.44±0.54	พึงพอใจมาก



รายการ	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
3. เนื้อหาครอบคลุมตามเป้าหมายของหลักสูตร	4.47±0.50	พึงพอใจมาก
4. ระยะเวลาการอบรมเหมาะสมกับเนื้อหา	4.46±0.49	พึงพอใจมาก
5. การลำดับเนื้อหา/ความต่อเนื่องของหลักสูตร	4.47±0.43	พึงพอใจมาก
6. เอกสารประกอบครบถ้วนตามเนื้อหาวิชา	4.61±0.49	พึงพอใจมากที่สุด
ความรู้		
1. ก่อนเข้ารับการอบรม ท่านมีความรู้เรื่องนี้เพียงใด	4.40±0.57	พึงพอใจมาก
2. หลังการอบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้นเพียงใด	4.46±0.51	พึงพอใจมาก
3. นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	4.42±0.55	พึงพอใจมาก
4. นำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่และถ่ายทอดได้	4.40±0.58	พึงพอใจมาก
สถานที่		
1. ความพึงพอใจต่อสถานที่และสภาพแวดล้อม	4.46±0.50	พึงพอใจมาก
2. ความพึงพอใจต่ออาหาร	4.42±0.55	พึงพอใจมาก
3. ความพึงพอใจต่อเครื่องคี่มต่างๆ	4.31±0.51	พึงพอใจมาก
4. ความพึงพอใจต่อโสตทัศนูปกรณ์	4.40±0.57	พึงพอใจมาก
การปฏิบัติงานของผู้จัด		
1. การบริการ/การอำนวยความสะดวก	4.47±0.50	พึงพอใจมาก
2. ความรวดเร็วของการให้บริการ	4.61±0.49	พึงพอใจมากที่สุด
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	4.39±0.47	พึงพอใจมาก
4. ความเหมาะสมของสื่อ/อุปกรณ์ในการอบรม	4.28±0.54	พึงพอใจมาก

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของหลักสูตรเพื่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ระยะเวลาที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและความจำเป็น ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร ระยะเวลาที่ 3 การนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้ และ ระยะเวลาที่ 4 การประเมินหลักสูตรฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เป็นหลักสูตรในห้องเรียน จำนวน 15 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย การรู้ทัน โรคหลอดเลือด



เลือดสมอง จำนวน 6 ชั่วโมง การสะกดรอยปัจจัยเสี่ยง จำนวน 6 ชั่วโมง และการวิเคราะห์โรคเชิงระบาดวิทยา จำนวน 3 ชั่วโมง โดยมีทั้งการบรรยายและฝึกปฏิบัติ ประเมินผลทั้งระหว่างการอบรม และก่อนและหลังการอบรม ผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรม ทั้งสิ้นจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.00 ช่วงอายุมากที่สุด ระหว่าง 31-40 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.00 ระยะที่ 4 ประเมินผลการฝึกอบรม พบว่า ค่าเฉลี่ย คะแนน ก่อนการอบรม 7.97 หลังการอบรม 10.90 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการอบรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ ทั้งนี้ ระดับความพึงพอใจมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ค่าเฉลี่ย 3.50 ในทุกด้าน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความจำเป็นในการฝึกอบรม

ในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ศึกษาความจำเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างหลักสูตรพบว่า เนื้อหา ที่จำเป็น มีทั้งด้านความรู้ และทักษะปฏิบัติ โดยสมรรถนะ ที่ต้องการมากที่สุด คือ ประเด็นเรื่อง ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง การค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา ในกลุ่มที่ต้องการมาก ด้านความรู้ ได้แก่ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การป้องกันโรค การติดตามกลุ่มเสี่ยง การพยาบาล การออกแบบช่องทางในการให้ความรู้ ในด้านทักษะปฏิบัติ ได้แก่ การใช้แบบประเมิน CVD risk การซักประวัติตรวจร่างกาย การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR/ AED use) โดยจะพบว่า เนื้อหาที่มีความจำเป็นในการฝึกอบรม จะสอดคล้องกับการนำสู่การปฏิบัติ เพื่อการปฏิบัติการด้านการพยาบาล และเป็นทักษะที่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เผชิญเหตุการณ์ไม่บ่อยครั้งจึงมีความจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูทักษะอยู่เสมอเพื่อเตรียมพร้อมรับการสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวถึงการวิเคราะห์ความจำเป็นในการฝึกอบรมคือ การเลือกจากส่วนที่ขาดเพื่อการพัฒนาหรือความต้องการของลูกค้ำ⁽¹⁸⁾

2. หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หลักสูตรการฝึกอบรมมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติต่อการควบคุม ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยรูปแบบของหลักสูตร การฝึกอบรมสอดคล้องกับการศึกษาในประเด็นการพัฒนาศักยภาพที่มีประสิทธิผลที่ดีภายหลังการฝึกอบรม ของที่สมรรถนะของผู้ผ่านการอบรมสมรรถนะของครู ปรุฐมวัยเพิ่มขึ้น⁽¹⁹⁾ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ หลักสูตรการพัฒนาหลักสูตรเน้นสมรรถนะการ พัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นตามแนวคิดการเรียนรู้ร่วมกันที่ เน้นการคิด ไตร่ตรองสำหรับครู⁽²⁰⁾ และการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมฐานสมรรถนะวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานพิมพ์ดิจิทัล สำหรับพนักงานใหม่ใน โรงพิมพ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร⁽²¹⁾



3. ผลนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้ในการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การนำหลักสูตรไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน พบว่า ก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่ 7.97 คะแนน หลังการอบรม มีค่าเฉลี่ยที่ 10.90 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังการอบรมต่อคะแนนก่อนการอบรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการฝึกอบรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ภายหลังการฝึกอบรมพบว่า ผู้ดูแลมีสมรรถนะที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽²²⁾ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงในตำบลเหนือเมือง⁽²³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มพยาบาลทั่วไป พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคสมอง ซึ่งพบว่า ระดับความรู้เพิ่มมากขึ้นจากเดิมในระดับต่ำ เป็นระดับสูง⁽²⁴⁾

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรม

เมื่อประเมินผลความพึงพอใจ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากทั้งด้านวิทยากรในการฝึกอบรมเนื้อหาของหลักสูตรการฝึกอบรมความรู้ สถานที่ และการปฏิบัติงานของผู้จัดการอบรม ซึ่งสอดคล้องกับหลักสูตรฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรสมรรถนะสำหรับครูปฐมวัย⁽¹⁹⁾ และหลักสูตรฝึกอบรมฐานสมรรถนะวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานพิมพ์ดิจิทัล สำหรับพนักงานใหม่⁽²¹⁾ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในหลักสูตร ในระดับ มาก เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.1 เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในหลักสูตรการฝึกอบรม ควรมีการประเมินผลด้วยแบบสอบถามอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาผ่านไป เช่น ใน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน เป็นต้น

1.2 ควบคุมปัจจัยด้านคุณลักษณะที่สำคัญ เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการนำหลักสูตรไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตร การเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อความน่าเชื่อถือของหลักสูตรต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 หลักสูตรการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลักสูตรที่สำคัญในการดูแลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย ควรมีการส่งเสริมให้เข้ารับการอบรมและการฟื้นฟูทักษะอย่างสม่ำเสมอ



2.2 ควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการศึกษาบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการป้องกันโรคอย่างทันที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิจัยและพัฒนาหลักสูตรมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ในการให้คำแนะนำในการพัฒนางานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สมนึก ภัททิยชนี รศ.ดร.สุชาติ โกทัญย์ ผศ.ดร.สมาน เอกพิมพ์ พญ.รัญญา ธนาวัฒน์ศักดิ์ พญ.ขนิษฐา เล็กสมบูรณ์ ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ ที่ได้กรุณาร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหลักสูตร และเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้ง คุณพ่อเฉลิม อรรถนันท์ ครอบครัว หัวหน้ากลุ่มงาน และเพื่อร่วมงานที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2015). **World Stroke Campaign**. Available from <http://www.world-stroke.org/advacacy/world-stroke-campaign>. [Accessed 2021 1 November].
2. World Stroke Organization. (2012). **About world stroke day**. Available from <http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx>. [Accessed 2021 1 November].
3. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคตรวจรณรงค์วันวันอัมพาตโลก ปี 2564 ให้ประชาชน “รู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เลี้ยวหน้าที่มีค่าช่วยชีวิต” สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21374&deptcode=brc>. [ค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2564].
4. O'Donnell M. J., Xavier D., Liu L., Zhang H., Chin S. L., Rao-Melacini P., et.al. **Risk factors for ischemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): A case-control study**. Lancet 2010; 376(6735):112-123.
5. จิราวรรณ ดอกบัวหลวง, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ.ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560;10(1),548-550.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2562). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติจังหวัดกาฬสินธุ์ รอบ 2-62. กาฬสินธุ์: ผู้เขียน.
7. พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง, และ วรณภา ศรีชัยรัตน์. การรับรู้และการจัดการอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(3), 48-61.



8. ศรีงตรา พิ้อมาตร, นิรุวรรณ เทรินโบล. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563**;13(3),147-155.
9. กาญจนศรี สิงห์ภู, พัชรินทร์ อ้วนไตร, อรกานต์ แสงมีคุณ, และสมศักดิ์ เทียมเก่า. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) หรือ “072 นาทีทอง”. **วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554**; 107: 610-619.
10. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2548). **การปรับใช้สมรรถนะในการบริหารทรัพยากรมนุษย์**. เอกสารการสัมมนา เรื่อง สมรรถนะของข้าราชการ 31 ม.ค. 48. เข้าถึงได้จาก www.ocsc.go.th/ocscms/competency.pdf. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563].
11. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กาญจนา จันทร์ไทย. **คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 2556**. จุฑาทอง.
12. ทิสนา แฉมมณี. (2553). **ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. American Association of Colleges of Nursing. **The Essentials of Master’s Education in Nursing**. Available from: <https://www.aacnursing.org/portals/42/publications/mastersessentials11.pdf> [accessed 2021 15 November].
14. McGillivray, B., & Considine, J. (2009). **Implementation of evidence into practice: Development of a tool to improve emergency nursing care of acute stroke**. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12, 110-119. doi: 10.1016/j.aenj.2009.03.005110.
15. Austin Health. (2008). **Stroke nurse practitioner model development**. *Victorian Nurse Practitioner Project*, 4 (4.2), 1-80.
16. Power J., Rabinstein A., Ackerson T., Adeoye O. **2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association**. *Stroke* 2018;49:46-99.
17. บุญชม ศรีสะอาด (2546). **การพัฒนาหลักสูตร และการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตร**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาสน์.
18. Hartoyo, R., & Efendy, H. (2017). **Development of training needs analysis in organization**. *Journal of Management Research*, 9(4), 140-159.
19. วัชรภัทร เตชะวัฒนศิริดำรง, ภัทรวรรณ จันทร์เนตร. **การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรสมรรถนะสำหรับครูปฐมวัย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพระนครศรีอยุธยา**



- เขต 1. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านจอมบึง สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2564; 9(2):103-121.
20. รัมภา กุณพันธนาภา และวิเชียร ชำรงโสทธิสกุล. การพัฒนาหลักสูตรเน้นสมรรถนะการ พัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นตามแนวคิดการเรียนรู้ร่วมกันที่เน้นการคิดไตร่ตรองสำหรับครู. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 2560; 19(1):160-170.
21. วัฒน์ พลอยศรี. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมฐานสมรรถนะวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานพิมพ์ดีดดิจิทัลสำหรับพนักงานใหม่ในโรงพิมพ์พื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2563; 4(1): 234-249.
22. Forster A, Young J, Nixon J, Kalra L, Smithard D, Patel A, et.al. **A cluster randomized controlled trial of a structured training program for caregivers of inpatients after stroke (TRACS).** International Journal of Stroke 2012 ;(7):94-99.
23. สุริยา หล้าก้าม ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่, อยุทษ์ จินตะรักษ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560; 10(2), 282-295.
24. Seham A., Amany K., El Sayed A., Tag El D. **Effect of implement designed educational Training program for neurological nurses on clinical outcomes of stroke patients.** Clinical Nursing study 2018; 6(4): 121-136.



การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จังหวัดสงขลา

Development of Management Model on Food Safety Hospitals Management, Songkhla Province

Received: March 01, 2022

Revised: April 21, 2022

Accepted: April 22, 2022

วิไลวรรณ ศาครินทร์¹

Wilaiwan Sakarin¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จังหวัดสงขลา ตามขั้นตอนของ ADDIE โมเดล 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้ และ 4) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยการทบทวนเอกสารการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมระดมสมอง และการประชุมกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 52 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร 5 คน เจ้าหน้าที่งานจัดซื้อจัดจ้าง 10 คน เกษตรกรงานคุ้มครองผู้บริโภค 16 คน โภชนากรหรือเจ้าหน้าที่โรงครัว 15 คน เกษตรกร 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดเลือกวัตถุดิบและอาหารแปรรูป มี 6 องค์ประกอบย่อย คือ กลไกความร่วมมือวิสาหกิจชุมชน สร้างความเข้มแข็งวิสาหกิจชุมชน รับรองมาตรฐานผลผลิต สถานที่ผลิตพัฒนาเครือข่ายเกษตรกร และจับคู่ธุรกิจระหว่างผู้ซื้อผู้ขาย 2) การตรวจสอบสารปนเปื้อน สารตกค้างในวัตถุดิบ มี 2 องค์ประกอบย่อย คือ จัดระบบการแบ่งพื้นที่ และพัฒนาทักษะการตรวจสอบสารปนเปื้อนของเจ้าหน้าที่ 3) การจัดทำเมนูล่วงหน้า มี 4 องค์ประกอบย่อย คือ ปรับเมนูอาหารตามฤดูกาล จัดตั้งกลุ่มไลน์ นำวัตถุดิบคงเหลือทำอาหารสำหรับการประชุม และแปลงเมนูล่วงหน้าเป็นรายการวัตถุดิบ 4) การจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ จัดซื้อจัดจ้างผ่านวิสาหกิจชุมชน ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลาง และมีระบบกองทุนสำรองของวิสาหกิจชุมชน และ 5) การจัดตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มี 4 องค์ประกอบย่อย คือ จัดตลาดสีเขียว 1 วัน/สัปดาห์ เปิดพื้นที่จำหน่ายสินค้าให้เกษตรกร ตั้งชื่อตลาดเป็นเอกลักษณ์ และส่งเสริมกิจกรรมสอดแทรกความรู้

คำสำคัญ: รูปแบบ, การบริหารจัดการ, โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

¹ Songkhla Provincial Public Health Office



Abstract

This research and development aimed to develop a management model for food safety hospitals in Songkhla province. The management model was developed following 4 steps of the ADDIE model: 1) Analysis 2) Design and development 3) Implementation and 4) Evaluation. Data was collected by using documentary review, in-depth interviews, brainstorming, and meetings from January to November 2021. Fifty-two key informants consisted of five hospital executives, ten procurement staff, sixteen consumer protection pharmacists, fifteen nutritionists/kitchen staff, and six farmers. Content analysis was used to analyze the data.

The results revealed that the management model for food safety hospitals in Songkhla province comprised five main components: 1) Selection of raw materials, consisting of 6 subcomponents-mechanism of community enterprise, strengthening community enterprises, product standard certification, production site standard certification, farmer network development, and business matching; 2) Inspection of contaminants and residues in raw materials, consisting of 2 subcomponents-zoning, and skill development of hospital staff in inspection; 3) Menu preparation in advance, consisting of 4 subcomponents-seasonal menu adjusting, line group establishment, the remaining raw materials to food for the meeting, and converting the menu in advance into a list of raw materials; 4) Procurement by selection method and specific method, consisting of 3 subcomponents-procurement through community enterprises, Provincial Public Health Office be the middleman, and reserve fund system of community enterprises; and 5) Arrangement of hospital green market, consisting of 4 subcomponents-green market organized once a week, product selling area for farmers, a unique name of green market, and knowledge activities promotion.

Keywords: Model Development, Management, Food Safety Hospital

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบาย “โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย” ควบคู่ไปกับการพัฒนาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green & Clean Hospital) ซึ่งต้องได้รับการรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานที่กำหนดโดยใช้หลักการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) ที่เชื่อมโยงกับแผนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ได้บริโภคอาหารที่สะอาด ได้มาตรฐานด้านความปลอดภัย ปราศจากสารปนเปื้อน⁽¹⁾ อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุน



เกษตรกรและผู้มีรายได้น้อยในชุมชนให้มีรายได้เพิ่มขึ้นจากการปลูกผักและผลไม้ปลอดภัย ส่งขายให้กับโรงพยาบาลในรูปวิสาหกิจชุมชน เป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจฐานราก ทำให้มีรายได้หมุนเวียนในชุมชน สามารถเลี้ยงตัวเองให้อยู่ได้ภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงอย่างยั่งยืน โดยกำหนดเป็นเงื่อนไขสำคัญในการยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus ซึ่งจะยกระดับได้หลังผ่านการรับรองมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมากแล้ว

ดังนั้น โรงพยาบาลที่จะยกระดับไปสู่ระดับดีมาก Plus ได้ จำเป็นต้องมีกระบวนการดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ในไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสงขลา จำนวน 17 แห่ง ผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.20 ของโรงพยาบาลทั้งหมด แต่ไม่มีโรงพยาบาลที่สามารถยกระดับเป็น ระดับดีมาก Plus ได้ เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถหาแหล่งซื้อผลผลิตทางการเกษตรที่ผ่านการรับรองมาตรฐานได้ตามปริมาณที่ระบุตามเกณฑ์ ข้อ (1) ซึ่งระบุว่า วัตถุประสงค์อย่างผักและผลไม้ต้องได้มาตรฐานเกษตรอินทรีย์ มาตรฐาน PGS มกอช. หรือ GAP ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ส่วนการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบเพื่อคัดกรองก่อนประกอบอาหารเบื้องต้นตามที่ระบุในเกณฑ์ข้อ (2) พบว่า ร้อยละ 94.10 ของโรงพยาบาลทั้งหมดไม่สามารถตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารได้ตามเกณฑ์ ยังคงต้องใช้ข้อมูลการสนับสนุนจากหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) เพียง 1 – 2 ครั้ง/ปี เนื่องจากปัญหาการขาดทักษะและประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือหรือชุดทดสอบ รวมถึงการเปลี่ยนภาระงานของผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาล จึงเป็นข้อจำกัดในด้านคุณภาพการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารที่ใช้เตรียมปรุงให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงผลผลิตที่เกษตรกรนำมาวางจำหน่ายในตลาด Green Market ตามเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ในขณะที่เกณฑ์ข้อ (3) – (5) โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ค่อนข้างดี⁽²⁾

การดำเนินงานตามแนวนโยบาย GREEN & CLEAN Hospital ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) ซึ่งได้กำหนดแผนการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานทั้งระดับเขต และระดับจังหวัด ในการติดตามประเมินผลการยกระดับหรือการรักษากระดับไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้โรงพยาบาลพัฒนาให้เป็นแบบอย่างที่ดีทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและการจัดการอาหารปลอดภัยแก่ชุมชน⁽³⁾

จากสภาพการณ์ดำเนินงานข้างต้น การบริหารจัดการของโรงพยาบาลในการขับเคลื่อนประสานความร่วมมือกับกลุ่มเกษตรกรเครือข่ายที่มีผลผลิตทางการเกษตรที่ผ่านการรับรองความ

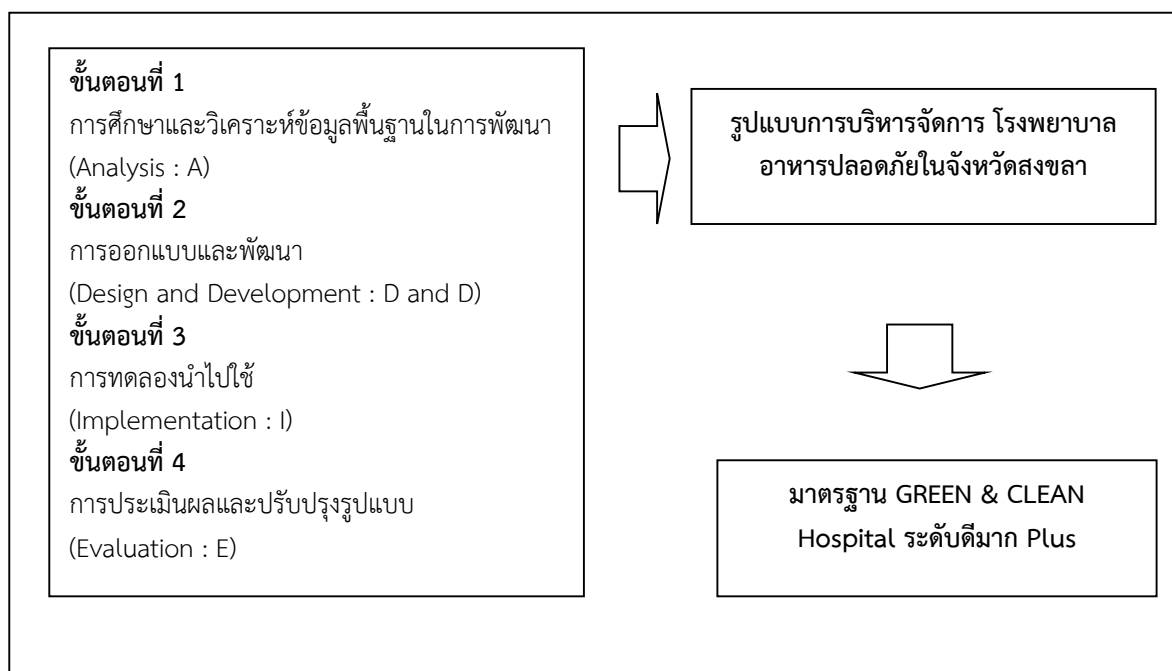


ปลอดภัยเพื่อให้ได้ผลผลิตที่เพียงพอ มีประเภทที่หลากหลายและมีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับการจัดทำเมนูบำบัดรักษาผู้ป่วยตามพยาธิสภาพของแต่ละโรค รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของโรงพยาบาลในการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารให้ได้อย่างมีคุณภาพ^(4,5) จึงจำเป็นต้องมีแนวทางกำหนดการดำเนินงานอย่างมีขั้นตอนและเป็นรูปแบบ เพื่อลดข้อจำกัดของโรงพยาบาลในการบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในข้อ 15 ซึ่งการศึกษารุ่นนี้ได้พัฒนารูปแบบตามขั้นตอน ADDIE ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ ออกแบบ พัฒนา นำไปใช้ และประเมินผลนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดที่มีความยืดหยุ่น⁽⁶⁾ และสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยและผลักดันให้โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา ผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอาหารปลอดภัยตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus ของโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus ข้อ 15 ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ 1) มีการคัดเลือกวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูป โดยมีการดำเนินการตามการตรวจสอบคุณภาพโดยโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เช่น ผักและผลไม้ผ่าน มาตรฐานเกษตรอินทรีย์ มาตรฐาน PGS มกอช. หรือ GAP 2) มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูปอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการกำหนดนโยบายผู้รับผิดชอบและการตรวจสอบความปลอดภัยอาหาร 3) โรงพยาบาลมีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน 4) การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง ตามพระราชบัญญัติจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2560 และประสานกับร้านสหกรณ์ที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์รับรองหรือกลุ่มเกษตรกรที่ได้รับการรับรอง เช่น วิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี หรือเป็นผู้ผลิตที่ผ่านการรับรองเข้าเสนอราคาด้วยตนเอง และ 5) ดำเนินการจัดตลาด Green Market ของโรงพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเป็นเวลา 11 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา

ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลที่มีโรงครัวในพื้นที่จังหวัดสงขลา ที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 16 แห่ง ประกอบด้วย 1). โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ 2) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลา และ 3) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จำนวน 14 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนาหม่อม โรงพยาบาลควนเนียง โรงพยาบาลบางกล่ำ โรงพยาบาลรัตภูมิ โรงพยาบาลสิงหนคร โรงพยาบาลสติงพระ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ โรงพยาบาลระโนด โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โรงพยาบาลสมเด็จฯ ณ อำเภอนาทวี โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลจะนะ และโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือเกี่ยวข้องในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยซึ่งถูกเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital 2) เป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และ 3) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้



กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาคั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 52 คน ประกอบด้วย

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหาร จำนวน 5 คน
2. เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่รับผิดชอบการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 10 คน
3. เกสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 16 คน
4. โภชนากรหรือนักโภชนาการหรือเจ้าหน้าที่ผู้ที่รับผิดชอบงาน โรงครัวโรงพยาบาล จำนวน 15 คน
5. ตัวแทนเกษตรกรที่ปลูกผักปลอดภัย จำนวน 6 คน

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ดำเนินการโดยดัดแปลงขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ADDIE โมเดล⁽⁶⁾ จำนวน 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา (Analysis: A)

1. ศึกษาและวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยสู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus ข้อที่ 15 จากเอกสารและรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

3. สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในประเด็นข้อที่ 15 ตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus จากโรงพยาบาลทั้ง 16 แห่ง โดยมีลำดับการดำเนินการ ดังนี้

3.1 คัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ด้วยวิธีคัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการเลือกเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ฝ่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่รับผิดชอบการจัดซื้อจัดจ้าง เกสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค โภชนากรหรือนักโภชนาการหรือเจ้าหน้าที่ผู้ที่รับผิดชอบงาน โรงครัวโรงพยาบาล

3.2 จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก มีทั้งสิ้น 41 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่รับผิดชอบการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 10 คน เกสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 16 คน โภชนากรหรือนักโภชนาการหรือเจ้าหน้าที่ผู้ที่รับผิดชอบงาน โรงครัวโรงพยาบาล จำนวน 15 คน

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนา (Design and Development : D and D)

1. จัดการประชุมระดมสมองในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบฉบับร่างที่ 1 จำนวน 2 รอบ โดยผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเป็นเจ้าหน้าที่ที่



ปฏิบัติงานอาหารปลอดภัย อย่างน้อย 2 ฝ่ายที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล 16 แห่ง (เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่รับผิดชอบการจัดซื้อจัดจ้าง เกษตรกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค โภชนากรหรือนักโภชนาการ หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรงครัวโรงพยาบาล) และตัวแทนเกษตรกรที่ปลูกผักปลอดภัย กระบวนการที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม ได้แก่ การแบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่มตามหน้าที่ความรับผิดชอบ

2. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฉบับร่างที่ 1 ตามข้อเสนอแนะที่ได้ และพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus ฉบับร่างที่ 2 และนำเสนอในการประชุมคณะทำงานอาหารปลอดภัย เพื่อให้โรงพยาบาลนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ ผู้เข้าประชุม จำนวน 38 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่รับผิดชอบการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 7 คน เกษตรกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 16 คน โภชนากรหรือนักโภชนาการหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรงครัวโรงพยาบาล จำนวน 15 คน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ (Implementation : I)

1. คัดเลือกโรงพยาบาลที่มีความพร้อม และสนใจที่จะพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus เพื่อเป็นโรงพยาบาลเป้าหมาย และเป็นพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ 1) ตัวแทนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และ 2) ตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสติงพระ โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลจะนะ และโรงพยาบาลรัตภูมิ

2. การทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการฯ ฉบับร่างที่ 2 ในโรงพยาบาลเป้าหมาย 5 แห่ง

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสังเกต สอบถามจากผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัย และตรวจสอบเอกสารผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation : E)

1. ติดตามผลการดำเนินงานตามร่างรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยลงพื้นที่เพื่อดูการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลเป้าหมาย

2. จัดการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบบออนไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสอบถามความคิดเห็นต่อการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมจากโรงพยาบาลทั้ง 16 แห่ง จำนวน 44 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนระดับบริหาร จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่รับผิดชอบการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 5 คน เกษตรกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 15 คน โภชนากรหรือนักโภชนาการหรือเจ้าหน้าที่ผู้ที่รับผิดชอบงานโรงครัวโรงพยาบาล จำนวน 13 คน และตัวแทนเกษตรกรปลูกผักปลอดภัย จำนวน 6 คน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกต และรายงานผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus



4. การปรับปรุงเป็นรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus ฉบับสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยสู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital และแนวคำถามในการประชุมกลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ฉบับร่างที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแนวทางในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยสู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital

เครื่องมือวิจัยดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำเอาข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมาถอดเทปพร้อมกับข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาแล้วคัดแยกข้อความหรือประโยคที่สะท้อนการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อสรุปเป็นประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา และนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ 7/2564 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2563 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รวมทั้งรายละเอียดของการสัมภาษณ์ และขออนุญาตบันทึกเทปเพื่อให้เกิดความถูกต้องในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งบอกให้ทราบถึงระยะเวลาในการสัมภาษณ์ โดยประมาณ 45 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนความยินยอมในการให้บันทึกเสียง และชี้แจงผู้ให้ข้อมูลให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับ โดยไม่มีการอ้างถึงชื่อหน่วยงาน ชื่อของผู้ให้ข้อมูล รวมไปถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรหัสเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะทราบเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และจะทำลายรหัสและไฟล์ข้อมูลเสียงที่อัดไว้เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติในการอภิปรายผลต่าง ๆ และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น



ผลการวิจัย

รูปแบบการบริหารจัดการอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา สามารถอธิบายตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ ดีมาก Plus ใน 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบหลักที่ 1 การคัดเลือกวัตถุดิบและอาหารแปรรูปที่นำมาปรุงประกอบอาหารประกอบด้วย 6 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดให้มีกลไกความร่วมมือ (ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน) และกำหนดข้อตกลงในเรื่องของความซื่อสัตย์ต่อการทำเกษตรอินทรีย์ตามวิถีพื้นบ้าน

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทางการเกษตร มีเครือข่ายและกลุ่มทางสังคมที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการหนุนเสริมการดำเนินงาน มีระบบการบริหารจัดการผลผลิตที่มีมาตรฐานในการวางแผนการเพาะปลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การบันทึกกิจกรรมการผลิต บัญชีการซื้อปัจจัยการผลิตในแปลง และการจัดให้มีระบบปกป้องแปลง กรณีสภาพแวดล้อมรอบข้างมีการปนเปื้อนสารเคมี เช่น แนวกันชน การคลุม โรงเรือนปิด

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การรับรองมาตรฐานผลผลิตทางการเกษตรแบบมีส่วนร่วมจังหวัดสงขลา (Participatory Guarantee Systems : PGS) โดยการพัฒนาศักยภาพกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทางการเกษตร การรับรองมาตรฐานผลผลิตแบบมีส่วนร่วม เน้นใช้ระบบความซื่อสัตย์ เชื่อใจกัน โดยให้ความสำคัญต่อปัจจัยการผลิต ทั้งการไม่ฉีดยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าแมลง และวัสดุปัจจัยการผลิตที่ไม่เจือปนสารเคมี ได้แก่ เมล็ดพันธุ์ ปุ๋ย (จากขี้หมู ไก่ฟาร์ม) รวมทั้งสารชีวภัณฑ์ การประเมินรับรองวิธีนี้มีความยืดหยุ่น โรงพยาบาลบางแห่งให้คณะกรรมการอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาลเป็นผู้รับรองผลผลิตทางการเกษตรของเกษตรกรที่นำผลผลิตมาจำหน่ายให้โรงพยาบาล โดยตัวแทนคณะกรรมการฯ ประเมินแปลงปลูก และติดตามประเมินผลในส่วนของผลผลิตทางการเกษตร โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะลงไปสุ่มตรวจสอบผักที่แปลง หรือผักที่นำมาส่งขายให้โรงพยาบาล

องค์ประกอบย่อยที่ 4 การส่งเสริมให้วิสาหกิจชุมชน ได้รับการรับรองมาตรฐานสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ.2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ซึ่งเป็นการยกระดับสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ให้มีระบบประกันคุณภาพ (GMP) และมีระบบตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability) ไปหาแหล่งปลูก (ฟาร์ม/เกษตรกร) ได้

องค์ประกอบย่อยที่ 5 การพัฒนาเครือข่ายกลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตวัตถุดิบที่ปลอดภัยให้กับโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มเกษตรกรที่เป็นเกษตรอินทรีย์ (รับรองตนเอง) กลุ่มเกษตรกรที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน GAP และเกษตรกรที่รับรองมาตรฐานแบบมีส่วนร่วม PGS



องค์ประกอบย่อยที่ 6 การจับคู่ธุรกิจ (Business Matching) ระหว่างผู้ซื้อ (โรงพยาบาล) กับผู้ขาย (เกษตรกร)

องค์ประกอบหลักที่ 2 การตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบ และอาหารแปรรูป ที่นำมาปรุงประกอบอาหาร ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดระบบการแบ่งพื้นที่ (zoning) โรงพยาบาลเพื่อจัดระบบการ พัฒนาการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหารและอาหารแปรรูป

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้มีความเชี่ยวชาญ และเป็นตัวแทนในการตรวจสอบสารปนเปื้อนภายในโซน และระหว่างโซนได้ โดยใช้วิธีการอบรมแบบ On the job training ฝึกปฏิบัติตรวจสอบจริง เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถที่จะสุ่มตัวอย่างผัก ผลไม้ในโรงครัว ตรวจสอบยาฆ่าแมลงเองได้

องค์ประกอบหลักที่ 3 การจัดทำเมนูล่วงหน้าของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 โรงพยาบาลปรับเมนูอาหารให้มีส่วนประกอบสอดคล้องกับวัตถุดิบในท้องถิ่นตามฤดูกาลที่เกษตรกรปลูก

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การจัดตั้งกลุ่มไลน์ “เกษตรสุขภาพสงขลา” เพื่อเกษตรกรส่งรายการผัก ปลอดภัยที่กำลังปลูกหรือสามารถจัดหาได้และเพื่อแจ้งความต้องการผลิตของโรงพยาบาล

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การนำวัตถุดิบที่เหลือจากการจัดเมนูสุขภาพมาทำเป็นอาหารว่างและอาหารสำหรับการประชุมในโรงพยาบาล

องค์ประกอบย่อยที่ 4 การแปลงรายการอาหารในเมนูล่วงหน้าออกมาเป็นรายการข้าว ผัก ผลไม้ที่จะใช้ต่อหนึ่งสัปดาห์ เพื่อให้ง่ายต่อเกษตรกรในการวางแผนการผลิต โดยกำหนดเงื่อนไข ข้าว ผัก ผลไม้ที่ใช้ต้องปลอดภัย มาจากแปลงปลูกที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GAP หรือ PGS หรือเกษตรอินทรีย์

องค์ประกอบหลักที่ 4 การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง ตามพระราชบัญญัติจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดซื้อจัดจ้างผ่านกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ที่ได้รับรองมาตรฐาน GMP สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด

องค์ประกอบย่อยที่ 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เป็นคนกลางซื้อขายกับโรงพยาบาล

องค์ประกอบย่อยที่ 3 มีระบบกองทุนสำรองของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในการสำรองเงินสดจ่ายให้แก่เครือข่ายเกษตรกรรายย่อยล่วงหน้า ทำให้เกษตรกรรายย่อยมีเงินหมุนเวียนเร็วสามารถดำเนินการปลูกได้อย่างต่อเนื่อง



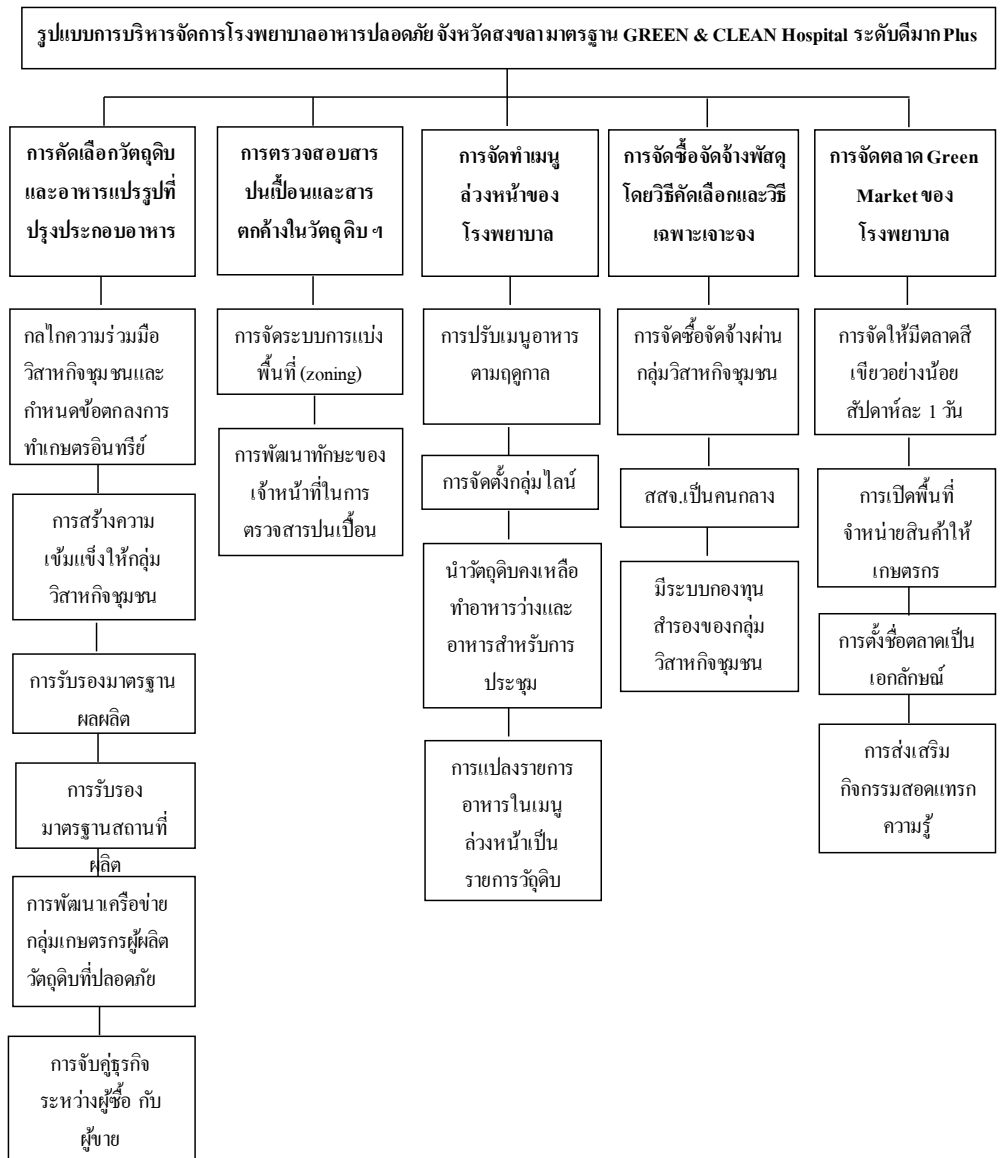
องค์ประกอบหลักที่ 5 การจัดตลาด Green Market ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดให้มีตลาดสีเขียวในโรงพยาบาล อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การเปิดพื้นที่ให้เกษตรกรผู้มีผลผลิตเกษตรปลอดภัย ปลอดภัยสารเข้ามาจัดจำหน่ายสินค้า

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การตั้งชื่อตลาดให้มีความน่าสนใจ และเป็นเอกลักษณ์

องค์ประกอบย่อยที่ 4 การส่งเสริมกิจกรรมสอดแทรกความรู้ และการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพเบื้องต้น อาทิ การส่งเสริมการใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (No Foam) เป็นต้น โดยสามารถสรุปรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จังหวัดสงขลา ได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จังหวัดสงขลา



สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ตามมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus ใน 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดเลือกวัตถุดิบและอาหารแปรรูป 2) การตรวจสอบสารปนเปื้อน สารตกค้างในวัตถุดิบ 3) การจัดทำเมนูล่วงหน้า 4) การจัดซื้อจัดจ้าง โดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง และ 5) การจัดการคัสเทียของโรงพยาบาล ได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาซึ่งเดิมผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีมาก ได้ยกระดับการบริหารจัดการและการดำเนินงานอาหารปลอดภัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีมาก Plus

อภิปรายผลการวิจัย

โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus จำนวน 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.12 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งเกณฑ์มาตรฐาน Green and Clean Hospital เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนานโยบายอาหารปลอดภัยของประเทศไทยที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการบูรณาการงานระหว่างภาคีตลอดห่วงโซ่อาหาร การผลักดันให้มีระบบควบคุมอาหารปลอดภัยในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านปลอดภัยอาหาร การฝึกอบรมพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยแห่งชาติ⁽⁵⁾

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบหลักที่ 1 การคัดเลือกวัตถุดิบและอาหารแปรรูปที่นำมาปรุงประกอบอาหาร และองค์ประกอบย่อย เรื่องการจัดให้มีกลไกความร่วมมือ (ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน) และกำหนดข้อตกลงในเรื่องของความซื่อสัตย์ต่อการทำเกษตรอินทรีย์ตามวิถีพื้นบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญ์พิชชา ศักดิ์ภิรมย์ และ พรพิรุณ ดิสวัสดิ์⁽⁷⁾ ได้ประเมินผลการดำเนินการดำเนินงานอาหารปลอดภัย จังหวัดปทุมธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการดำเนินงานอาหารปลอดภัย มีส่วนสำคัญในการได้มาของวัตถุดิบที่มีคุณภาพ ขณะเดียวกัน⁽⁸⁾ ทักษะคิดและจิตสำนึกของผู้ผลิตอาหารปลอดภัยก็เป็นประเด็นหนึ่งที่สำคัญ โดยบทบาทของผู้ผลิตคือการปฏิบัติตนเพื่อแสดงให้เห็นความตั้งใจของผู้ผลิตในการผลิตอาหารที่ปลอดภัยและไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สำหรับองค์ประกอบย่อยด้านการพัฒนาเครือข่ายกลุ่มเกษตรกรและองค์ประกอบย่อยด้านการสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายกลุ่มวิสาหกิจชุมชน พบว่า การจัดตั้งกลุ่ม ตลอดจนการสร้าง ความเข้มแข็งของกลุ่มเป็นกระบวนการเสริมที่มีผลต่อคุณภาพความสำเร็จของงานอาหารปลอดภัย⁽⁹⁾ สำหรับองค์ประกอบย่อยด้านการรับรองมาตรฐานผลผลิตทางการเกษตรและสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) เป็นส่วนที่ส่งเสริมความปลอดภัยต่อสุขภาพของเกษตรกร ขณะเดียวกัน ผลผลิตที่ได้มาตรฐาน จะมีความปลอดภัย ไม่ปนเปื้อนสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค ซึ่งสถานการณ์ของการ



ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีรายงานถึงความสามารถในการอยู่รอดของ เชื้อบนผิวสัมผัส อาทิ บรรจุภัณฑ์อาหาร เป็นต้น ดังนั้น การทำความสะอาด การสุขาภิบาล การปฏิบัติ ที่ถูกสุขลักษณะ ตามมาตรฐานที่กำหนดต้องผ่านการรับรอง^(8,10) และองค์ประกอบย่อย ด้านการจับคู่ ธุรกิจ หรือ Business Matching ถือเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยจับคู่ระหว่างโรงพยาบาลกับเกษตรกร ในการตกลงซื้อขายผลผลิต

องค์ประกอบหลักที่ 2 การตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบฯ และ องค์ประกอบย่อยทั้งการจัดระบบการตรวจสอบสารปนเปื้อน และการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบให้สามารถตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างได้ เป็นการตรวจประเมินคุณภาพของ วัตถุดิบ ซึ่งบัณฑิต ต้วมศรี และสุรศักดิ์ เสาแก้ว⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาการแก้ไขปัญหาสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชตกค้างในผักสดใน โรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า การกำหนดให้โรงพยาบาลสุ่ม ทดสอบผักที่ซื้อเป็นกิจกรรมหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผัก นอกจากนี้ การสร้างให้เกษตรกรมีปฏิสัมพันธ์กัน และคำนึงถึงความปลอดภัยและความพึงพอใจ จนไปถึงการ กำหนดมาตรการ จำเป็นต้องให้เกษตรกร และผู้ประกอบการ หรือผู้ปรุงอาหารมีความตระหนักถึงผล จากสารปนเปื้อนที่มาจากอาหาร โดยการศึกษาของ อุไรวรรณ บุตรวัง และ รุจิรา ดวงสงค์⁽¹²⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการซื้ออาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน ในผู้ปรุงอาหารประจำ คริวเรือน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับประทาน อาหารปนเปื้อน การรับรู้ความรุนแรงของการรับประทานอาหารปนเปื้อน การรับรู้ในความสามารถ ของตนในการเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัยจากการปนเปื้อน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการเลือกซื้อ อาหารที่ปลอดภัยจากการปนเปื้อน และการปฏิบัติในการเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัยจากการปนเปื้อน มีความเกี่ยวข้องกับผลโปรแกรมดังกล่าว

องค์ประกอบหลักที่ 3 การจัดทำเมนูล่วงหน้าของโรงพยาบาล ทั้งส่วนประกอบของวัตถุดิบใน ท้องถิ่นตามฤดูกาลที่เกษตรกรปลูก การแปลงรายการอาหารในเมนูล่วงหน้า จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจากการศึกษาผลการประเมิน โครงการ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยของ กฤษฎา หาญบรรเจิด และ เกียรติศักดิ์ แผลมจริง⁽⁴⁾ พบว่า บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ จะช่วยในการ จัดการและดำเนินงานหาข้อมูลติดต่อประสานงานกับผู้ผลิตผักปลอดภัยเกี่ยวกับวัตถุดิบรายการอาหาร ปริมาณการใช้ เพื่อให้กลุ่มเกษตรกรวางแผนการผลิตให้สอดคล้องกับรายการอาหาร

องค์ประกอบหลักที่ 4 การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจงผ่านกลุ่ม วิชาสหกิจชุมชนจำเป็นต้องคำนึงถึงหลักของความซื่อสัตย์ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และความ ยุติธรรม ซึ่งแม้จะมีการใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง แต่จำเป็นต้องมีการเปิดโอกาสให้มีผู้แข่งขันเสนอ ราคาขายอย่างเป็นธรรม และใช้วิธีการประกาศเชิญชวนทั่วไปและวิธีการคัดเลือก⁽¹³⁾ และ องค์ประกอบหลักที่ 5 การจัดตลาด Green Market ของโรงพยาบาล ถือเป็นกลไกที่ทำให้เกิดพื้นที่



ระหว่างผู้บริหารและผู้ผลิตอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งกลไกของการจัดการตลาดจำเป็นต้องเสริมสร้างพลังอำนาจของประชาชน และชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน⁽¹⁴⁾

สิ่งสำคัญในการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลให้มีความยั่งยืน คือ ทักษะคน จิตสำนึก และแนวปฏิบัติของผู้ผลิตหรือเกษตรกร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และผู้บริหาร ซึ่งต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างถูกต้อง ดังที่จินดา หวังวรวงษ์ สำเนียง เลื่อมใส และพระมหาสมบุรณ์ วุฑฒิกโร⁽¹⁵⁾ ได้เสนอหลักการในการจัดการอาหารปลอดภัยที่ยั่งยืนในสังคมไทย 4 ข้อ คือ 1) ชรรมนำทำ มีการดำเนินการด้วยความรู้ทุกขั้นตอน 2) ทำในธรรม ทุกขั้นตอนอยู่ในสัมมาอาชีวะ 3) ทำด้วยธรรม เจ้าหน้าที่รัฐทำหน้าที่อย่างเข้มแข็งด้วยหลักความยุติธรรมและหลักวิชาการ บุคคลทุกกลุ่มทำหน้าที่ด้วยความเมตตา มีวินัย แบ่งปัน ร่วมกันวางกติกา และมีวิริยะมุ่งมั่น และ 4) ธรรมส่งเสริมทำ บุคคลรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่เกื้อหนุนกันเพื่ออาหารปลอดภัย

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การจัดการข้อมูลความปลอดภัยทางอาหารควรมีกระบวนการจัดการข้อมูลตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า ทั้ง การได้มาของวัตถุดิบ และบริการ กระบวนการหรือขั้นตอนในการตรวจสอบคุณภาพ กระบวนการขนส่งและการจำหน่าย ตลอดห่วงโซ่อุปทานซึ่งผู้บริหารต้องสามารถเข้าถึงด้วยวิธีการตรวจสอบจากรายละเอียดของผลิตภัณฑ์ที่ได้ระบุไว้ ได้อย่างชัดเจน และถูกต้อง เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงการได้มาของผักและผลไม้

2. รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ควรมีการพัฒนา และประยุกต์เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการทั้งผู้ผลิต และผู้บริหารที่สามารถตรวจสอบสารปนเปื้อน สารตกค้างในวัตถุดิบ และอาหารแปรรูปที่นำมาประกอบอาหาร และรับรองมาตรฐาน และการพัฒนาช่องทางทางการตลาดของ Green Market ในรูปแบบออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข. มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย. 3rd ed. นนทบุรี: บอรัญนทีพับลิชชิง; 2561.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. รายงานประจำปีงบประมาณ 2562. สงขลา; 2562.
3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน Green & Clean Hospital. 3rd ed. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
4. กฤษฎา หาญบรรเจิด, เกียรติศักดิ์ แผลมจริง. ผลการประเมินโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย. วารสารบำราศนราดูร. 2563;1(14):45-55.



5. จงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี, จุฑามาศ กลิ่นโชดา, ะวราลักษณ์ ตั้งคณะกุล. การวิเคราะห์นโยบายอาหารปลอดภัยระดับชาติของกลุ่มประเทศในเอเชีย. วารสารอาหารและยา. 2556;
6. Kruse K. Introduction to Instructional Design and the ADDIE Model [Internet]. 2002 [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Introduction-to-Instructional-Design-and-the-ADDIE-Kruse/9dde73651c087216677a930f1f5c2df02de6a5f9>
7. รัชฎ์พิชชา ศักดิ์ภิรมย์, พรพิรุณ ดีสวัสดิ์. การประเมินผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัย จังหวัดปทุมธานี. Thai Food Drug J. 2562;
8. วิวัฒน์ แก้วดวงเล็ก. อาหารปลอดภัยกับการจัดการสิ่งแวดล้อม. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2562;15(12):106–25.
9. ธนชีพ พิระธรณิศร์, วิฑูร อินทจันทร์. การศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับนโยบายอาหารปลอดภัยของพื้นที่เทศบาลของประเทศไทย. วารสารสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ. 2559;7(2):4–15.
10. Olaimat AN, Shahbaz HM, Fatima N, Munir S, Holley RA. Food Safety During and After the Era of COVID-19 Pandemic. Front Microbiol [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 12];0. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2020.01854/full?fbclid=IwAR3zWzhnefu8yhCWQqreD1qcKwgj7HS9fIg8rhRqqnbAdkSTmE4YdfUONRQ>.
11. บัณฑิต ต้วมศรี, สุรศักดิ์ เส้าแก้ว. ผลของการแก้ไขปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักสดในโรงพยาบาล. วารสารเกษตรกรรมไทย. 2562;11(3):575–85.
12. อุไรวรรณ บุตรวัง, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการซื้ออาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน ในผู้ปรุงอาหารประจำครัวเรือน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [Internet]. 2559 [cited 2021 Dec 31];26–33. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/120960>.
13. สมโภช จุลประภา, ณัฐธัญ สวิงทอง, พลวัฒน์ ศุภภัทรเศรษฐ์. ปัญหาเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ; 2563.
14. วรพิทย์ มีมาก. ตลาดนัดสีเขียวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของประชาชน กรณีศึกษา จังหวัดสุรินทร์. วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ มศว. 2553;1(2):101–14.



การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก จังหวัดหนองบัวลำภู DEVELOPMENT THE QUALITY OF MATERNAL AND INFANT HEALTH OPERATIONS, NONG BUA LAMPHU PROVINCE

Received: February 10, 2022

Revised: April 22, 2022

Accepted: April 25, 2022

สะไกร กั้นกางกุล¹

Sakrai Kunkangkool¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยมารดาและทารก ในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 49 คน เครื่องข่ายท้องถิ่น จำนวน 182 คน และสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 292 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบ มี 5 ข้อ ข้อ 1 การพัฒนาการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก มี 5 มาตรการ 1) ระบุตั้งครรภ์ เพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง 2) ระบุก่อนคลอด สร้างความตระหนักของความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) ระบุหลังคลอด มีระบบการจัดการความเสี่ยงหลังคลอด พัฒนาระบบการส่งต่อ 4) การเยี่ยมบ้านเชิงรุก ใช้หลักการ Home Ward เน้นให้ญาติดูแล อสม.เฝ้าระวัง ทีมหมอครอบครัวเป็นที่ปรึกษา 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ข้อ 2 ผลการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงาน อยู่ระดับปานกลาง (Mean=3.22, SD=1.12) ข้อ 3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น อยู่ระดับปานกลาง (Mean=3.29, SD=1.33) ข้อ 4 สตรีตั้งครรภ์สามารถรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงระดับสูง (Mean=3.77, SD=0.89) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <math><0.05</math> จำนวน 19 ปัจจัย จาก 25 ปัจจัย ข้อ 5 ผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก ผ่านเกณฑ์ชีวิต จำนวน 11 ตัว (ร้อยละ 84.61) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา

สรุป ผลการพัฒนาการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกใน 5 มาตรการ การดำเนินงานมีคุณภาพและมีผลลัพธ์งานมากกว่าก่อนพัฒนา

คำสำคัญ: การพัฒนา, คุณภาพการดำเนินงาน, อนามัยมารดาและทารก

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

¹ Nong Bua Lamphu Public Health Provincial Office



Abstract

This study aims to study development the quality of maternal and infant health operations, Nong Bua Lamphu province. Study population consisted of 3 groups: 49service personnel; working in maternal and infant health in Nong Bua Lamphu Province, 182 local networks and 292 pregnant women. The instruments used were maternal and infant health action measures manual, questionnaire. Using statistics: percentage, mean, standard deviation, independent t-test and Stepwise multiple regression.

The results found that effected of development the quality of maternal and infant health operations, Nong Bua Lamphu province of 5 measures, namely 1) pregnancy period Increase awareness and risk-prevention behaviors, 2) prenatal period to raise awareness of preterm birth risk, 3) postpartum period to develop learning potential and practice of parenting and referral system, 4) visiting proactive home in the community and 5) participation in community networks. Service personnel had moderate overall operational quality (Mean=3.22, SD=1.12), Overall local network participation was moderate (Mean=3.29, SD=1.33) Overall of pregnant women were able to perceive high-risk prevention behaviors (Mean=3.77, SD=0.89). The regression coefficient of factors affecting the risk of preterm birth was statistically significant at <0.05 level for 19 out of 25 factors. After development, there were results of maternal and infant health operations was passed 11 indicators (84.61%), which was more than before development.

Conclusion: Outcome development of maternal and infant health in 5 measures showed higher quality than pre-development and more passive outcomes than pre-development.

Keywords: Development, Operation Quality, Maternal and Infant Health

บทนำ

สถานการณ์และสภาพปัญหาด้านอนามัยมารดาและทารกในประเทศไทย พบว่า ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 18.00 ในปีพ.ศ. 2559 เหลือร้อยละ 14.90 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 14.50 และ ข้อมูลอัตราการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎรปีล่าสุดที่ได้รับจากกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ ข้อมูลการคลอด พ.ศ. 2562 ส่วนร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำนั้นใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) โดยข้อมูลสถานการณ์ล่าสุดใน พ.ศ. 2562 มีดังนี้ 1) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 1.1 ต่อพัน



2) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 31.3 ต่อพัน 3) ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 14.9⁽¹⁾

สถานการณ์และสภาพปัญหาด้านมารดาของจังหวัดหนองบัวลำภู ในช่วงปีงบประมาณ 2560 – 2563 พบว่า มีการคลอด จำนวน 4,232, 4,147, 3,843, 2,053 ตามลำดับ อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 68.36, 74.72, 66.35 และ 73.43 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) อัตราการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 63.97, 65.71, 66.35 และ 71.12 (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 70) ตามลำดับ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตรวจครั้งแรก ร้อยละ 14.75, 15.62, 15.25 และ 17.03 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตรวจครั้งที่ 2 ร้อยละ 9.46, 10.03, 10.01 และ 11.24 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) อัตราการเสียชีวิต ปี 2562 พบ 2 ราย สาเหตุเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว และมารดาตั้งครรภ์ติดเชื้อ H1N1 คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 51.98 (เกณฑ์ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.83, 0.70, 0.65 และ 0.83 ตามลำดับ (น้อยกว่าร้อยละ 5) สถานการณ์และสภาพปัญหาด้านทารก ปีงบประมาณ 2560 – 2563 พบว่าทารกเกิด 4,249, 4,159, 3,868, 2,064 ราย อัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 6.72, 6.68, 6.17 และ 5.50 อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) ที่ 1 นาที 15.12, 12.30 และ 13.26 และ 9.25 ต่อพันการเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) ที่ 5 นาที 3.52, 5.29, 5.97 และ 7.79 ต่อพันการเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนรุนแรง (Severe Birth Asphyxia) 1.17, 1.69, 3.90 และ 2.43 อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.26, 8.85, 8.34 และ 9.53 (ไม่เกินร้อยละ 7) เสียชีวิตจาก Severe Birth Asphyxia จำนวน NA, 15, 5, 1 ราย อัตราทารกเสียชีวิตปริกำเนิด 5.88, 6.73, 8.78 และ 7.27 (เกณฑ์ไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดทั้งหมด) ตามลำดับ⁽²⁾

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก ที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรผู้ให้บริการขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์การดูแล หน่วยบริการมีแนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย การจัดการระบบการดูแลเครือข่ายไม่ครอบคลุม ระบบการส่งต่อการรักษาล่าช้า สตรีมีครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ขาดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ภาศเครือข่ายไม่ให้ความร่วมมือ ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้มีการพัฒนากระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐานและมีคุณภาพ โดยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้มีการจัดอบรมให้แก่โรงพยาบาลอำเภอเครือข่ายเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะทางด้านงานอนามัยมารดาและทารก ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์⁽³⁾

ดังนั้น เพื่อเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกบรรลุเป้าหมาย จึงต้องการนำผลการศึกษา การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกจังหวัดหนองบัวลำภู



มากำหนดเป็นมาตรการดำเนินการงาน วางแผนติดตามงานในการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ภาวะเสี่ยง การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน รวมถึงระบบการส่งต่อเพื่อลดอัตราคลอดก่อนกำหนด ลดจำนวนทารกน้ำหนักน้อย และลดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกในจังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกในจังหวัดหนองบัวลำภู
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก ในจังหวัดหนองบัวลำภู เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระยะที่ 1. การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก ประกอบด้วย 5 มาตรการ ได้แก่ การพัฒนาการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยง การบริการระยะก่อนคลอด การบริการระยะหลังคลอด การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น

ระยะที่ 2 การนำกระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกที่พัฒนาแล้วไปปฏิบัติ ดังนี้ ข้อ 1 ตาม 5 ประเด็น 1) การจัดการคลินิกบริหาร 2) การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน 3) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ 4) การบริหารจัดการระบบบริการ 5) การบูรณาการกับงานสาธารณสุขอื่น ข้อ 2 การรับรู้พฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยง ข้อ 3 การสนับสนุนทางสังคม และข้อ 4 ปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของสตรีตั้งครรภ์

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์งานบริการอนามัยมารดาและทารก โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์งานบริการฝากครรภ์รูปแบบเดิมกับระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ระหว่างก่อนการพัฒนาปีงบประมาณ 2563 และหลังพัฒนาใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2564

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ: เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (The Research and Development) ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2564-กุมภาพันธ์ 2565 สถานที่ศึกษาในหน่วยบริการทุกแห่ง พื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 49 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตร G*Power⁽⁴⁾ โดยเลือกแบบเจาะจงบุคลากรผู้ให้บริการ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยมารดาและทารก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ในหน่วยบริการทุกแห่ง ในจังหวัดหนองบัวลำภู อำเภอละ 5-15 คน

2. กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 292 คน ด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁽⁵⁾ สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ สตรีตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู ในปีงบประมาณ 2564 โดยใช้เลขทะเบียนผู้รับบริการแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล นำมาเรียงเป็นระบบตามบัญชีที่ขึ้นทะเบียนรับบริการ เริ่มจากลำดับที่ 1 เว้นช่วง 3 ลำดับ เช่น 1, 5, 9, 13, ... จนครบตามขนาดตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 182 คน ด้วยสูตร G*Power⁽⁴⁾ สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่ง ประชากรออกเป็นกลุ่มอำเภอ และตำบล (Cluster) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ชุมชน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1 สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนตำบลๆ ละ 2 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยให้รหัสรายชื่อตำบล จากนั้นใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อตำบลใส่กล่องหยิบฉลาก เจาะจงศึกษา อปท. ของตำบลที่จับฉลากได้ จากนั้นนำบัญชีรายชื่อมาทำสลาก สุ่มจับรายชื่อพร้อมทั้งการยินดีลงนามเข้าร่วมวิจัย

3.2 แกนนำ ตัวแทนตำบลละ 10 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงศึกษาแกนนำในตำบลที่จับฉลากได้ในกลุ่มที่ 1 สุ่มจับรายชื่อมา จำนวน 10 คน พร้อมทั้งการยินดีลงนามเข้าร่วมวิจัย

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนตำบลละ 10 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงศึกษา อสม. ในตำบลที่จับฉลากได้ใน ข้อ 1) สุ่มจับรายชื่อมา จำนวน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยมารดาและทารก ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ในหน่วยบริการ ที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ ตลอดหรือให้ข้อมูลครบและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. เครือข่ายท้องถิ่น ประกอบด้วย สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำหมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

3. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการทั้งจังหวัดหนองบัวลำภู ในช่วงการศึกษา ที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือให้ข้อมูลครบและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ



เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยมารดาและทารก ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือข้อมูลไม่ครบ หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลในการศึกษา
2. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะตั้งครรภ์ซึ่งทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิตสูงหรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่วงระยะเวลาศึกษา หรือออกจากการศึกษาโดยสมัครใจ
3. เครือข่ายท้องถิ่น ประกอบด้วย สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด หรือออกจากการศึกษาโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม มีทั้งแบบให้เลือกตอบ (multiple choice) และคำถามแบบเปิด (open-ended) จำนวน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากรผู้ให้บริการ มีจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 กระบวนการดำเนินงาน 5 มาตรการหลัก จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ 1) มาตรการจัดการคลินิกบริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ 2) มาตรการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน 3) มาตรการรณรงค์และการประชาสัมพันธ์ 4) มาตรการบริหารจัดการระบบ และ 5) การบูรณาการเข้าไปกับงานสาธารณสุขอื่น ลักษณะการตอบ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ ดังนี้ ระดับคุณภาพ 0= ไม่มี - 5=มากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก ใน 5 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการจัดการคลินิกบริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ 2) มาตรการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน 3) มาตรการรณรงค์และการประชาสัมพันธ์ 4) มาตรการบริหารจัดการระบบบริการฝากครรภ์ 5) การบูรณาการเข้าไปกับงานสาธารณสุขอื่น

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 20 ข้อ ตามแนวคิดการพัฒนาเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁶⁾ และการศึกษาในการสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลสตรีตั้งครรภ์⁽⁷⁾ ประกอบด้วย การให้ความร่วมมือ การติดตามและประเมินผล คำตอบเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ คือ 5 มากที่สุด - 1 ไม่ได้ให้ความร่วมมือเลย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับสตรีตั้งครรภ์ มีจำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ โรคประจำตัว ความสะดวกในการเดินทาง



ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ปัญหาค่าใช้จ่าย การวางแผนมีบุตร และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 การรับรู้พฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของกรรณิกา เพ็ชรรักษ์ และคณะ⁽⁸⁾ และสุคานี บูรณเบญจเสถียร⁽⁹⁾ เกี่ยวกับการรับรู้การคลอดก่อนกำหนด และมีการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ลักษณะคำตอบเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ คือ 1 = ไม่รับรู้หรือไม่รู้เรื่องนั้นเลย ถึง 5 = มีการรับรู้มากที่สุด

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของ อัสมะ จารู⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คำตอบเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ คือ 1 = ไม่ได้รับการสนับสนุน ถึง 5 = ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด

ชุดที่ 4 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 18 ข้อ เกี่ยวกับการดูแลมารดา ตั้งครรภ์แนวทางใหม่ เป็นการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ และการดูแลตามมาตรฐานตามเกณฑ์ความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ประวัติอดีต ประวัติครรภ์ปัจจุบัน และประวัติทางอายุรกรรม ลักษณะการตอบคำถาม ไม่มี ให้รหัส 0 ตอบ มี ให้รหัส 1

ชุดที่ 5 แบบบันทึกผลลัพธ์งานบริการตามตัวชี้วัดงานอนามัยมารดาและทารก เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์งานบริการฝากครรภ์รูปแบบเดิมกับระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ระหว่างปีงบประมาณ 2563 กับ 2564 ได้แก่ 1) อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์, 2) อัตราการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ, 3) อัตราการเสียชีวิตต่อแสนเกิดมีชีวิต 4) อัตราการตายคลอดหลังคลอด, 5) สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตรวจครั้งแรก, 6) สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตรวจครั้งที่ 2, 7) อัตราการคลอดก่อนกำหนด, 8) อัตราทารกตายปริกำเนิดต่อพันการเกิดทั้งหมด 9) อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน นาทีที่ 1 ต่อพันการเกิดมีชีวิต, 10) อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนนาทีที่ 5 ต่อพันการเกิดมีชีวิต 11) อัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia ลดลง, 12) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก <2,500 กรัม และ 13) อัตราทารกแรกเกิดอายุ 2 วันขึ้นไป มีค่า TSH > 11.2 mU/L

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) แบบสอบถามข้อมูลระดับไม่ต่อเนื่อง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-0.95

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับประชากรในเขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ชุดละ 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ใช้กับข้อมูล Rating scale เลือกแบบสอบถามให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ควรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่



0.70 ขึ้นไป⁽¹¹⁾ ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้ คุณภาพกระบวนการดำเนินงานของ
 เครือข่ายบุคลากร ค่า Cronbach's Alpha Coefficient = 0.92 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น
 $\alpha = 0.91$ ปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีค่า IOC รายข้ออยู่
 ระหว่าง 0.60-0.94 คุณลักษณะส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-0.95
 การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง $\alpha = 0.98$ และการสนับสนุนทางสังคม $\alpha = 0.89$

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
 เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ t-test for independent samples และปัจจัยทำนายด้วย Multiple
 regression analysis

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ขอรับรองการศึกษา โครงการศึกษา เลขที่ 07/2564 ลงวันที่ 1 เมษายน 2564 จาก
 คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกในจังหวัด
 หนองบัวลำภู พบว่า มี 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) ระยะตั้งครรภ์ เพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกัน
 ความเสี่ยง โดยมีคู่มือแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ครอบคลุมทุกมิติ (ส่งเสริม
 ป้องกัน รักษา ฟันฟู) 2) การบริการระยะก่อนคลอด สร้างความตระหนักของความเสี่ยงการคลอดก่อน
 กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์ ให้ อสม. เฝ้าระวัง ติดตาม สตรีมีครรภ์ก่อนคลอด กรณีมีเหตุฉุกเฉิน
 3) การบริการระยะหลังคลอด พัฒนาระบบส่งต่อหลังคลอด มีระบบการจัดการความเสี่ยงหญิงหลัง
 คลอด 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน ใช้หลักการ Home Ward ญาติ คือ ผู้ดูแลในครอบครัว
 อสม. เฝ้าระวังติดตาม และทีมหมอครอบครัวเป็นที่ปรึกษา 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น
 ชุมชน (แบบบูรณาการ)

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและ
 ทารก

2.1 การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก จังหวัดหนองบัวลำภู
 พบว่าเครือข่ายบุคลากร มีระดับคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกโดยรวมระดับปาน
 กลาง ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา (mean difference = 3.286; 95% CI: 3.305-3.352) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 คุณภาพกระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกของเครือข่ายบุคลากร (n=49)

กระบวนการดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		mean difference	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
การจัดการคลินิกบริการ	1.47	0.53	2.41	0.59	2.408	2.27-2.55	<0.001*
การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน	1.75	0.47	2.55	0.69	2.551	2.37-2.73	0.038*
การรณรงค์ประชาสัมพันธ์	2.10	0.45	3.73	0.82	3.735	3.54-3.93	<0.001*
การบริหารจัดการระบบบริการ	2.83	0.77	3.76	2.74	3.735	3.342-3.393	0.003*
บูรณาการกับงานสาธารณสุขอื่น	2.83	0.78	3.33	0.74	3.327	3.300-3.365	0.003*
รวมทุกด้าน	2.17	0.60	3.29	1.12	3.286	3.305-3.352	0.009*

*. Significant<0.05 level, (2-tailed) Paired Samples Test.

2.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นโดยรวมระดับปานกลาง ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา (mean difference =3.841; 95% CI: 3.70-3.99) มากที่สุดด้านการมีส่วนร่วมเยี่ยมบ้าน (Mean=4.29, SD=0.70) การปฏิบัติตามบทบาท (Mean=4.24,SD=0.85) และการประเมินผล(Mean=3.09,SD=0.094) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น (n=182)

การมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		mean difference	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา	2.87	0.78	3.70	0.78	3.698	3.58-3.82	0.001*
การมีส่วนร่วมปฏิบัติตามบทบาท	2.44	0.82	4.58	0.85	4.577	4.50-4.66	0.019*
การมีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมบ้าน	2.51	1.01	4.38	0.70	4.385	4.26-4.50	0.038*
การมีส่วนร่วมประเมินผล	2.54	0.38	3.71	3.09	3.714	3.58-3.98	0.039*
รวมทุกด้าน	2.41	0.74	3.84	1.33	3.841	3.70-3.99	0.032*

*. Significant<0.05 level, (2-tailed) Paired Samples Test.

2.3 พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด หลังพัฒนาโดยรวมสตรีตั้งครรภ์สามารถรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงระดับสูง (Mean=3.77, SD=0.89) มากที่สุดในเรื่องผู้ที่เคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิดอาจทำให้คลอดก่อนกำหนดได้ ร้อยละ 97.60 เมื่อมีอาการเตือน คือ หากยังไม่มียูกปนเลือด น้ำคร่ำ หรือมีเลือดออกๆ ร้อยละ 96.90 และอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 95.20 ตามลำดับ(ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 การรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด (n=292)

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง	ระดับการรับรู้ จำนวน(ร้อยละ)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.ผู้ที่เคยมีทารกตายในครรภ์	0(0.00)	0(0.00)	5(1.70)	2(0.70)	285(97.60)
2.อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปวดบั้นเอว ปวดถ่วงท้องน้อย คล้ายประจำเดือน	0(0.00)	0(0.00)	7(2.40)	7(2.40)	278(95.20)
3.เมื่อมีอาการเตือน คือ หากยังไม่มูกปนเลือด น้ำคร่ำ หรือมีเลือดออก ให้ ปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างๆ	0(0.00)	0(0.00)	2(0.70)	7(2.40)	283(96.90)
4.เมื่อมีอาการปัสสาวะแสบขัดขณะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลก่อน เวลานัดตรวจครรภ์	48(16.40)	80(27.40)	65(22.30)	39(13.40)	60(20.50)
5.เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออก คืออาการเตือนคลอดก่อนกำหนด	2(0.70)	58(19.90)	103(35.30)	43(14.70)	86(29.40)
6.เมื่อมีอาการเตือนต้องจดบันทึกจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูก	6(2.10)	43(14.70)	140(48.00)	60(20.50)	43(14.70)
7.ขณะตั้งครรภ์งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล	52(17.80)	49(16.80)	100(34.20)	72(24.70)	19(6.50)
8.กระตุ้นห้วนมหรือการเตรียมห้วนมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์	66(22.60)	17(5.80)	102(35.00)	106(36.30)	1(0.30)
9.การหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง	0(0.00)	14(4.80)	79(27.00)	141(48.30)	58(19.90)
10.เมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น พักอีก 2 ชั่วโมง	0(0.00)	21(7.20)	39(13.30)	200(68.50)	32(11.00)
รวม (Mean=3.77, SD=0.89)					

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแปรเข้า Model ได้แก่ มี Correlation ไม่เกิน 0.85 และมี P-value ตั้งแต่ 0.25 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ จังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.05 ซึ่งเป็นตามสมมุติฐาน จำนวน 19 ปัจจัย จากทั้งหมด 25 ปัจจัยสามารถพยากรณ์ความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์รวมกันได้ร้อยละ 14 (adj.R²= 0.14) ปัจจัยที่ไม่มีผล ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก การรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง และน้ำหนักทารกแรกเกิด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด (n=292)

ปัจจัย	B	Beta	R ² Chang	R ² Adj.	F Chang	P-value
ค่าคงที่ =5.827						
รายได้	9.251	0.454	0.206	0.203	75.291	<0.001*
อายุครรภ์เมื่อคลอด	-0.018	0.019	0.000	-0.003	0.108	0.745
อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก	-0.021	0.024	0.001	0.003	0.162	0.688
การรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด	-0.021	0.037	0.002	-0.001	0.395	0.530
การได้รับสนับสนุนทางสังคม	-0.147	-0.367	0.135	0.132	45.264	<0.001*
น้ำหนักทารกแรกเกิด	0.000	-0.034	0.001	-0.002	0.337	0.562
เคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือแรกเกิด	4.734	0.359	0.126	0.129	43.025	<0.001*
เคยแท้งเอง 3 ครั้งหรือมากกว่าติดต่อกัน	2.683	0.186	0.035	0.031	10.424	0.001*



ปัจจัย	B	Beta	R ² Chang	R ² Adj.	F Chang	P-value
เคยคลอดบุตรน้ำหนัก<2,500 กรัม	2.621	0.482	0.233	0.230	87.904	<0.001*
เคยคลอดบุตรน้ำหนัก>4,000 กรัม	2.222	0.425	0.181	0.179	64.063	<0.001*
เคยเข้ารับการรักษาความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษ	1.177	0.268	0.072	0.068	22.386	<0.001*
เคยผ่าตัดอวัยวะระบบสืบพันธุ์	4.511	0.394	0.155	0.152	53.305	<0.001*
อายุน้อยกว่า 17 ปี	1.273	0.135	0.018	0.015	5.400	0.021*
อายุมากกว่า 35 ปี	0.572	0.146	0.021	0.018	6.314	0.013*
กรุ๊ปเลือด Rh Negative	3.424	0.314	0.046	0.042	13.866	<0.001*
เลือดออกทางช่องคลอด	0.945	0.190	0.036	0.033	10.918	0.001*
มีก้อนในอุ้งเชิงกราน	1.928	0.376	0.141	0.138	47.691	<0.001*
ความดันโลหิตสูง	2.030	0.298	0.088	0.086	28.339	<0.001*
เบาหวาน	0.707	0.155	0.024	0.021	7.125	0.008*
โรคไต	2.066	0.341	0.116	0.113	38.067	<0.001*
โรคหัวใจ	2.615	0.603	0.364	0.362	165.896	<0.001*
ติดยาเสพติด ติดสุรา	3.106	0.616	0.380	0.377	177.370	<0.001*
โรคอายุรกรรมอื่นๆ	3.256	0.617	0.381	0.389	178.719	<0.001*

*. Significant<0.05 level, multiple regression.

3. ผลการศึกษาผลลัพธ์งานอนามัยมารดาและทารก หลังพัฒนาผ่านเกณฑ์ชีวิต จำนวน 11 ตัว (ร้อยละ 84.61) มากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งผ่านเกณฑ์เพียง จำนวน 9 ตัว (ร้อยละ 69.23) โดยพบว่าที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ อัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 6.97 (เกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ 5) และอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนนาทีที่ 1 เท่ากับ 27.97 (เกณฑ์ ≤25: พันเกิดมีชีพ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์งานอนามัยมารดาและทารกระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
		ปี 2563	การผ่าน	ปี 2564	การผ่าน
1. อัตราฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	>ร้อยละ 70	96.82	ผ่าน	96.93	ผ่าน
2. อัตราการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	>ร้อยละ 70	60.22	ไม่ผ่าน	90.87	ผ่าน
3. อัตราการเสียชีวิต	<17: แสนเกิดมีชีพ	36.84	ไม่ผ่าน	16.19	ผ่าน
4. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<ร้อยละ 5	12.46	ไม่ผ่าน	6.97	ไม่ผ่าน
5. สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากธาตุเหล็กฯ	<ร้อยละ 10	8.31	ผ่าน	7.85	ผ่าน
6. สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตรวจครั้งที่ 2	<ร้อยละ 10	7.55	ผ่าน	5.78	ผ่าน
7. อัตราการคลอดก่อนกำหนด	<ร้อยละ 10	8.48	ผ่าน	7.61	ผ่าน
8. อัตราทารกตายปริกำเนิด	<9: พันการเกิดทั้งหมด	7.19	ผ่าน	5.42	ผ่าน
9. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนนาทีที่ 1	≤25: พันการเกิดมีชีพ	33.78	ไม่ผ่าน	27.97	ไม่ผ่าน
10. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนนาทีที่ 5	≤25: พันการเกิดมีชีพ	20.45	ผ่าน	18.76	ผ่าน
11. อัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia	ลดลง ≥ร้อยละ 50	57.89	ผ่าน	21.07	ผ่าน
12. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก<2,500 กรัม	<ร้อยละ 7	4.74	ผ่าน	4.64	ผ่าน



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
		ปี 2563		ปี 2564	
		ผลงาน	การผ่าน	ผลงาน	การผ่าน
13. อัตราทารกแรกเกิด อายุ 2 วันขึ้นไป	ค่า TSH > 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3	6.98	ผ่าน	5.23	ผ่าน

สรุปผลการวิจัย

ผลการพัฒนาการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกใน 5 มาตรการ แสดงให้เห็นได้ว่าการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกมีคุณภาพมากกว่าก่อนพัฒนาและมีผลลัพธ์งานผ่านเกณฑ์ชี้วัดมากกว่าก่อนพัฒนา

อภิปรายผลการวิจัย

ตามวัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก เหตุผลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อนามัยมารดาและทารก อาจเนื่องจาก ที่ผ่านมามีพบว่า 1) บุคลากรผู้ให้บริการขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์การดูแล 2) หน่วยบริการมีแนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย 3) การจัดระบบการดูแลเครือข่ายไม่ครอบคลุม 4) ระบบการส่งต่อการรักษาล่าช้า 5) สตรีมีครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และขาดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น 6) ภาควิชาเครือข่ายไม่ให้ความร่วมมือ

ตามวัตถุประสงค์ที่ 2 การพัฒนาการดำเนินงานจึงใช้แนวทาง 5 มาตรการ ได้แก่ 1) ระยะตั้งครุภที่มีมาตรการในการค้นหารายใหม่ เพิ่มการรับรู้การดูแลตนเองและพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง 2) ระยะก่อนคลอด สร้างความตระหนักของความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด มีระบบการเฝ้าระวังติดตามสตรีมีครรภ์ก่อนคลอด และสร้างระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ 3) ระยะหลังคลอด พัฒนาระบบส่งต่อหลังคลอดในภาวะฉุกเฉิน มีระบบการดูแลความเสี่ยงหลังคลอด เพิ่มศักยภาพในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการเลี้ยงลูก 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน ใช้หลักการ Home Ward ญาติ คือ ผู้ดูแลในครอบครัว อสม.เฝ้าระวังติดตาม และทีมหมอครอบครัวเป็นที่ปรึกษา ดูแลกลุ่มสตรีมีครรภ์ ให้ความรู้และติดตามการทานเสริมไอโอดีน แบบระบบ DOT เยี่ยมมารดาและทารกต่อเนืองที่บ้านโดยทีมหมอครอบครัว 5) มีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น โดย อปท มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานมารดาและทารก ร่วมกับภาควิชาเครือข่าย ชุมชน

ผลการนำกระบวนการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกที่พัฒนาไปปฏิบัติและเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง ดังนี้



1. คุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก ตาม 5 ประเด็น 1) การจัดการคลินิกบริหาร 2) การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน 3) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ 4) การบริหารจัดการระบบบริการ 5) การบูรณาการกับงานสาธารณสุขอื่นโดยร่วมระดับปานกลาง ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา

2. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น หลังพัฒนาโดยร่วมมีส่วนร่วมระดับปานกลาง ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา มากที่สุดด้านการมีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติตามบทบาท และการประเมินผล จังหวัดหนองบัวลำภู มีกระบวนการพัฒนาเครือข่ายท้องถิ่น โดยใช้มาตรการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ในการสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา การให้ความร่วมมือตามบทบาทของเครือข่ายท้องถิ่น ได้แก่ อบรม, แคนนำ อสม. การจัดสรรงบประมาณ ให้ความร่วมมือส่งเสริมสุขภาพสตรี ตั้งครรภ์ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในการประเมินติดตามดูแลสตรีตั้งครรรภ์มากกว่าก่อนพัฒนา

3. พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด หลังพัฒนาโดยร่วมสตรีตั้งครรรภ์สามารถรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงระดับสูง มากที่สุดเรื่องผู้ที่เคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิดอาจทำให้คลอดก่อนกำหนดได้ เมื่อมีอาการเตือน และอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยร่วมระดับปานกลาง มากที่สุดด้านคนใกล้ชิดทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นใจและปลอดภัย มีคนเตือนให้ปฏิบัติตนถูกต้องขณะตั้งครรรภ์ และได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการโรงพยาบาล โดยร่วมมีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดระดับต่ำ การดูแลสตรีตั้งครรรภ์ที่มีความเสี่ยง พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสำคัญมาก ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องย่อม ส่งผลทำให้เกิดภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด

4. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย ของปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 จำนวน 19 ปัจจัย จากทั้งหมด 25 ปัจจัย สามารถพยากรณ์ความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดร่วมกันได้ ร้อยละ 14 ทั้งนี้เนื่องจาก ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เช่น สตรีตั้งครรรภ์มีโรคแทรกซ้อน ยาเสพติดและสุรา โรคหัวใจ เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และรายได้ต่ำ เป็นต้น การไปรับบริการฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ครบ 5 ครั้ง มีผลทำให้มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์ที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก พบว่าหลังพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก ผ่านเกณฑ์ชี้วัด จำนวน 11 ตัว (ร้อยละ 84.61) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งผ่านเกณฑ์ จำนวน 9 ข้อ (ร้อยละ 69.23) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wagura, et al⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาพบว่า การดูแลก่อนคลอดไม่เพียงพอ การตั้งครรรภ์หลายครั้ง ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรรภ์ การตกเลือดก่อนคลอด และการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนคลอด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการคลอดก่อนกำหนดในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี



ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากการศึกษาหลังพัฒนาโดยรวมสตรีตั้งครรภ์สามารถรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงระดับสูง ควรสนับสนุนการรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ สำหรับคู่มือมาตรการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก จังหวัดหนองบัวลำภูนี้ ได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบเป็นแนวทางที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการทดสอบความเป็นไปได้ก่อนนำมาใช้จริง จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านผู้ให้บริการ ควรนำมาตรการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกไปใช้และมีการประเมินผลระหว่างดำเนินการเพื่อพัฒนาให้ตรงบริบทอย่างต่อเนื่อง ควรเน้นให้มีการส่งต่อมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้ทารกกลุ่มนี้คลอดในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษา ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา

3. ด้านผู้รับบริการ ควรสนับสนุนการรับรู้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนควรลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด

4. สำหรับคณะกรรมการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกทุกระดับ ควรชี้ให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด ทั้งในสตรีตั้งครรภ์และบุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อที่จะได้ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ให้โอกาสในการทำการศึกษาค้นคว้าพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือสนับสนุนในการเก็บข้อมูล จนกระทั่งการวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2564]. จาก <https://rh.anamai.moph.go.th>



2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. การพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลด อัตราตายมารดาจากการคลอด ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน, 2561. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2564]. จาก <http://www.nongbualamphu.go.th>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. รายงานการตรวจราชการ และการนิเทศงาน กรณี ปกติ จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2562-2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2564]. จาก <http://www.nongbualamphu.go.th>
4. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 2560: 496-507.
5. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons, 1995.
6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอน 116 วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545.
7. สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญชนันท์ รุจิรัตน์ธีรกุล. การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่ และเด็ก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2564;15(35): 115-128.
8. กรรณิกา เพ็ชรภักดิ์, อุดมชญาณ์ อินทเรือง, ฝนทอง จิตจำนง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การ คลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562; 34(1): 87-100.
9. สุดานี บุรณเบญจเสถียร. ประสิทธิภาพของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่จัน. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(2): 41-52.
10. อัสมะ จารู. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จใน การยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2561.
11. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ. et al. A Psychometric Toolbox for testing Validity and Reliability. Journal of Nursing Scholarship 2007;39 (2): 155-164.
12. Ahishakiye A, Abimana MC, Beck K, Miller AC, Betancourt CS, Magge H, et al. Developmental Outcomes of Preterm and Low Birth Weight Toddlers and Term Peers in Rwanda. Annals of Global Health 2019; 85(1);147: 1-11. [Cited 2021 December 15]. Available from: DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.2629>.



13. พรศิริ เสนอศิริ, สุดใจ ศรีสงข์, รัศมีแข พรหมประกาย, เพียงเพ็ญ สร้อยสุวรรณ, ขวัญฤดี โกพลรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2560; 32(2): 117-129.
14. กัลยา มณีโชติ, นิธิสากร นังคลา. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารกองการพยาบาล 2560; 44(2): 7-24.
15. รัศมี พิริยะสุทธิ, สุนันทา สงกา, พณาวรรณ พาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก 2561; 4(2): 377-387.



ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6

HEALTH LITERACY ON CORONAVIRUS DISEASE 2019 PREVENTION BEHAVIORS OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN REGION 6 HEALTH PROVIDER

Received: February 22, 2022

Revised: April 25, 2022

Accepted: April 26, 2022

ดาวรุ่ง เยาวกุล¹, ปาจริย์ อับดุลลาซิม², นิภา มหาρχพงค์²

Daorung Yaowakul¹, Pajaree Abdullakasim², Nipa Maharachpong²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6 โดยกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 422 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์

ผลศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก และในด้านความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับมาก ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. การได้รับการประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน การได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำชมเชย บทบาทในการให้ความรู้ และบทบาทในการเฝ้าระวังโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสม. เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสม และช่วยส่งเสริมศักยภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในชุมชนได้ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



Abstract

This cross-sectional study aimed to study the relationship between health literacy and prevention behaviors of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) of village health volunteers (VHVs) in the Region 6 Health Provider. The study was conducted in a sample of 422 village health volunteers (VHVs). The instrument used to collect data was a questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics and correlation was analyzed and the chi-square test.

The results of study revealed that VHVs had overall health literacy was at a very good level and health literacy components in terms of understanding, communication skills and decision skills were at a high level. While access skill, self-management skills and the offer alternatives to others ability were moderate. The VHV's self-protection behavior from the COVID-19 was at a fair level. In VHV's self-protection behaviors from the COVID-19 were related to age, education level, duration of work as a VHV, obtaining personal health assessments before working, obtaining the necessary self protect equipment, receiving information, receiving compliments, the educating role and disease surveillance role were statistically significant ($p < 0.05$). Health literacy were statistically significant correlations with the self-protection behavior from the COVID-19 ($p < 0.05$). Therefore, health literacy should be promoted to the VHVs in order for appropriate preventive behaviors against the COVID-19 and to help promote their potential in surveillance and control of the COVID-19 in the community.

Keywords: Health Literacy, Prevention Behaviors, COVID-19, Village Health Volunteers

¹Major in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Burapha University

²Department of Health Education, Faculty of Public Health, Burapha University

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))⁽¹⁾ เป็นโรคที่ 2 ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้เป็น Pandemic เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 และจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2563 พบผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก จำนวน 33,842,281 ราย และยืนยันการเสียชีวิต จำนวน 1,010,634 ราย⁽²⁾ คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้อยู่ที่ ร้อยละ 1.97 เนื่องจากเป็นโรคที่มีช่องทางการติดต่อได้ง่ายและควบคุมยาก ผ่านระบบทางเดินหายใจ จากการไอ จาม และการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ซึ่งหลังจากได้รับเชื้อจะมีอาการ



คล้ายกับไข้หวัดธรรมดา ไอ จาม หายใจลำบาก อ่อนเพลีย หรืออาจก่อให้เกิดอาการรุนแรง ทำให้เกิดปอดอักเสบ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และทำให้เสียชีวิตได้⁽³⁾

ประเทศไทย มีผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 3,569 ราย และยืนยันการเสียชีวิต จำนวน 59 ราย⁽⁴⁾ คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 1.65 ซึ่งมีผู้ป่วยยืนยันอยู่ลำดับที่ 138 ของโลก และลำดับที่ 7 ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽²⁾ ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 อีกทั้งยังเป็นประเทศแรกที่พบผู้ป่วยนอกประเทศที่มีการระบาด และ เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบไปด้วยจังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี และตราด มีอัตราป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอันดับที่ 2 ของประเทศรองจากกรุงเทพมหานคร โดยพบผู้ป่วยสะสม จำนวน 558 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.63⁽⁴⁾ ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ซึ่งในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีการจัดตั้งสถานที่กักกันแห่งรัฐหรือสถานที่กักกันระดับประเทศ (State quarantine) มากที่สุดในประเทศรองจากกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ติดแนวชายแดน มีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ รวมถึงในพื้นที่ยังมีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญในการรองรับนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทย และชาวต่างชาติ อีกทั้งยังมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของผู้เดินทางเป็นจำนวนมาก⁽⁵⁾

การค้นหา ควบคุม และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่ก่อนเป็นลำดับแรก คือ อสม. ที่มีบทบาทสำคัญในการลงพื้นที่ตามบ้านเรือนที่รับผิดชอบ เพื่อให้ความรู้ การสำรวจการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยที่แยกกักรักษาตัวในชุมชน และแยกกักรักษาตัวที่บ้าน และการเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง⁽⁶⁾ ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหาข้อมูล คิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกวิธีการ และจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกต่อในสิ่งที่ถูกต้องให้ผู้อื่นนำไปใช้ได้⁽⁷⁾ โดยร้อยละ 64.86 ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ จาก อสม.⁽⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ปัจจัยเหล่านี้ยังส่งผลทางตรงต่อวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีหรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อ ของ อสม.^(9,10) โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 จากทั้งหมด 6 ระดับ⁽¹¹⁾ และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562) ได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการป้องกันการโรคติดต่อในชุมชน สำหรับ อสม. ให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่ออย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยได้นำทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น มาใช้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง การป้องกันวัณโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และเนื่องจาก อสม. มีบทบาทในการสื่อสารสุขภาพให้กับประชาชน รวมถึงเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและสามารถถ่ายทอดทักษะดังกล่าวให้กับคนในครอบครัวและชุมชนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การที่ อสม.



มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเปรียบเสมือนการมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเท่าทันสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน

จากสถานการณ์ของปัญหา บทบาทของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรค และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อของ อสม. จึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁷⁾ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น มาใช้ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อให้พร้อมที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 และการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขที่สำคัญของชุมชนในการนำไปสู่วิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross sectional study) ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 73,525 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรแบบทราบบจำนวนประชากร⁽¹²⁾ กำหนดความแม่นยำของการประมาณที่ทำให้ผิดพลาดได้ 5% (Acceptable error = 0.05) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383 คน และเพื่อความสมบูรณ์ของการได้มาซึ่งแบบสอบถาม กำหนดการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 426 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าคือ อสม. ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี มีระยะเวลาปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 และยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการตอบแบบสอบถามฯ ทำการเลือก อสม. โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยการจับกลุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จากการแบ่งตัวอย่างแบบชั้นภูมิ



(Stratified sampling) จำนวน 2 กลุ่ม จำแนกตามจังหวัดที่มีและไม่มี State quarantine สุ่มเลือกตัวแทนจังหวัดในแต่ละกลุ่ม โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จัดกลุ่มอำเภอในจังหวัดที่สุ่มได้ โดยการแบ่งตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จำนวน 2 กลุ่ม จำแนกตามอำเภอที่มีพื้นที่เป็นเมืองหรืออุตสาหกรรม และอำเภอที่มีพื้นที่เกษตรกรรม สุ่มเลือกตัวแทนอำเภอ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มชั้นเดียว (Single-stage cluster sampling) สุ่มเลือกตัวแทนตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 2) ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 3) ตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา 4) ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา และนำมาทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple sampling) ตามสัดส่วนของแต่ละกลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่ม (Random) หมายเลขประจำตัวผ่านระบบคอมพิวเตอร์ และได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 422 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (จำนวน 5 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม. มีลักษณะคำถามเป็นทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด

2. ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน (จำนวน 4 ข้อ) ซึ่งมีลักษณะข้อความที่ใช้วัดการได้รับสิ่งของหรือวัสดุ อุปกรณ์ ที่สนับสนุนในการดำเนินงาน ข้อมูลข่าวสาร และคำชมเชย

2.2 บทบาทในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (จำนวน 12 ข้อ) ซึ่งมีลักษณะข้อความที่ใช้วัดการปฏิบัติบทบาทในการให้ความรู้ และบทบาทในการเฝ้าระวังโรค แบ่งความถี่ 3 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บางครั้ง และไม่เคย

3. ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์กรประกอบ ตามแนวคิดของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁷⁾ ดังนี้

3.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (จำนวน 9 ข้อ) เลือกตอบตามการปฏิบัติ แบ่งความถี่เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย เมื่อรวมคะแนนมีคะแนนอยู่ระหว่าง 20-45 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentiles ที่ 25 และค่า Percentiles ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนรวมมากกว่า 37 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29-36.90 คะแนน) และน้อย (คะแนนรวมน้อยกว่า 28.90 คะแนน)

3.2 ความเข้าใจ (จำนวน 8 ข้อ) มีลักษณะเป็น 4 ตัวเลือก โดยในหนึ่งข้อคำถามมีคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 ตัวเลือก เมื่อรวมคะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-8 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า



Percentiles ที่ 25 และค่า Percentiles ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนรวมมากกว่า 8 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-7.90 คะแนน) และน้อย (คะแนนรมน้อยกว่า 6.90 คะแนน)

3.3 ทักษะการสื่อสาร (จำนวน 15 ข้อ) เลือกตอบตามการปฏิบัติ แบ่งความถี่เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย เมื่อรวมคะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 34-75 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentiles ที่ 25 และค่า Percentiles ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนรวมมากกว่า 69 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 57-68.90 คะแนน) และน้อย (คะแนนรมน้อยกว่า 56.90 คะแนน)

3.4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (จำนวน 10 ข้อ) มีลักษณะเป็น 4 ตัวเลือก ที่ใช้วัดความสามารถกำหนดทางเลือก ในการปฏิบัติตัว เมื่อรวมคะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 30-39 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentiles ที่ 25 และค่า Percentiles ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนรวมมากกว่า 38 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36-37.90 คะแนน) และน้อย (คะแนนรมน้อยกว่า 35.90 คะแนน)

3.5 ทักษะการจัดการตนเอง (จำนวน 20 ข้อ) เลือกตอบตามการปฏิบัติ แบ่งความถี่เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย เมื่อรวมคะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 52-96 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentiles ที่ 25 และค่า Percentiles ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนรวมมากกว่า 89 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 75-88.90 คะแนน) และน้อย (คะแนนรมน้อยกว่า 74.90 คะแนน)

3.6 ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (จำนวน 13 ข้อ) เลือกตอบตามการปฏิบัติ แบ่งความถี่เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย เมื่อรวมคะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 37-65 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentiles ที่ 25 และค่า Percentiles ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนรวมมากกว่า 62 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 55-61.90 คะแนน) และน้อย (คะแนนรมน้อยกว่า 54.90 คะแนน)

เมื่อรวม 6 องค์ประกอบ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 75 ข้อ คะแนนรวม 333 คะแนน นำคะแนนมาแปลผล โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ซึ่งใช้เกณฑ์การให้คะแนนของกองสุขศึกษา⁽¹⁴⁾ ได้แก่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) ดี (ระหว่างร้อยละ 70-80 ของคะแนนเต็ม) พอใช้ (ระหว่างร้อยละ 60-70 ของคะแนนเต็ม) ไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม)

4. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. (จำนวน 28 ข้อ) เลือกตอบตามการปฏิบัติ แบ่งความถี่เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย เมื่อรวมคะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 87-140 คะแนน โดยพิจารณาจากค่า Percentiles ที่ 25



และค่า Percentiles ที่ 75 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เหมาะสม (คะแนนรวมมากกว่า 127 คะแนน) พอใช้ (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 119-126.90 คะแนน) ไม่เหมาะสม (คะแนนรมน้อยกว่า 118.9 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง > 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. โดยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) และใช้สถิติ Chi-square test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามหมายเลขใบรับรองที่ IRB3-025/2564 วันที่ 23 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 80.10 ส่วนมากมีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 39.30 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.60 จบประถมศึกษา ร้อยละ 43.60 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.80

2. ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า อสม. ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันตนเอง โดยส่วนใหญ่ได้รับหน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์ 70% ร้อยละ 89.80 รองลงมาได้รับหน้ากากผ้า ร้อยละ 83.20 อีกทั้งส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชุมประจำเดือน อสม. ร้อยละ 94.50 และได้รับคำชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 81.30 ในขณะที่ อสม. ได้รับการประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน เพียงร้อยละ 18.20 และบทบาทในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีบทบาทในการให้ความรู้ และการเฝ้าระวังโรคในระดับมาก ร้อยละ 40.80 และ 48.60 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมในการออกปฏิบัติงานช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 68.50



3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เมื่อรวม 6 องค์ประกอบ แบ่งระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของกองสุศึกษา⁽¹⁴⁾ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดีมาก ร้อยละ 75.1 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.27 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 61.56 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 96.40 คะแนน

3.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.80

3.2 ความเข้าใจ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.70

3.3 ทักษะการสื่อสาร อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.00

3.4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.60

3.5 ทักษะการจัดการตนเอง อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.00

3.6 ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.00 ดัง

ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน

องค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	100	23.7	210	49.8	112	26.5
\bar{X} = 33.61 S.D. = 5.764 Min = 20 Max = 45						
ความเข้าใจ	91	21.6	155	36.7	176	41.7
\bar{X} = 7.18 S.D. = 0.831 Min = 4 Max = 8						
ทักษะการสื่อสาร	97	23.0	131	31.0	194	46.0
\bar{X} = 63.73 S.D. = 8.567 Min = 34 Max = 75						
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	63	14.9	175	41.5	184	43.6
\bar{X} = 36.88 S.D. = 1.830 Min = 30 Max = 39						
ทักษะการจัดการตนเอง	85	20.1	194	46.0	143	33.9
\bar{X} = 82.11 S.D. = 9.011 Min = 52 Max = 96						
ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น	102	24.2	194	46.0	126	29.9
\bar{X} = 57.12 S.D. = 6.378 Min = 37 Max = 65						

ในส่วนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับพอใช้ ร้อยละ 45.50

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับ



พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย ระหว่าง 20-39 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เหมาะสม ร้อยละ 48.50 ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาอนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 38.60 และส่วนมากระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็น อสม. น้อยกว่า 3 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 45.50

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5.1 การได้รับการประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 66.20

5.2 การได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 33.30

5.3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร จากการอบรมให้ความรู้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 32.90

5.4 การได้รับคำชมเชย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 32.10

5.5 บทบาทในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้

6.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ แนวโน้มของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 72.30 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองเหมาะสม ร้อยละ 6.00

6.2 ความเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้าใจ ระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 26.10 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้าใจ ระดับน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 69.20

6.3 ทักษะการสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการสื่อสาร ระดับ มาก มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 46.90 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการสื่อสาร ระดับน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 18.60



6.4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง แนวโน้มของกลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 39.10 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ระดับน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เหมาะสม ร้อยละ 6.30

6.5 ทักษะการจัดการตนเอง แนวโน้มของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการจัดการตนเอง ระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 39.20 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการจัดการตนเอง ระดับน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เหมาะสม ร้อยละ 4.70

6.6 ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น แนวโน้มของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 65.10 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ระดับน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เหมาะสม ร้อยละ 13.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับพฤติกรรมป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมป้องกันตนเอง			χ^2	p-value
	ไม่เหมาะสม	พอใช้	เหมาะสม		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
น้อย	19 (19.00)	75 (75.00)	6 (6.00)	142.779	<0.001
ปานกลาง	64 (30.50)	102 (48.60)	44 (21.00)		
มาก	16 (14.30)	15 (13.40)	81 (72.30)		
ความเข้าใจ					
น้อย	19 (20.90)	9 (9.90)	63 (69.20)	99.274	<0.001
ปานกลาง	50 (32.30)	83 (53.50)	22 (14.20)		
มาก	30 (17.00)	100 (56.80)	46 (26.10)		
ทักษะการสื่อสาร					
น้อย	34 (35.10)	45 (46.40)	18 (18.60)	67.284	<0.001
ปานกลาง	50 (38.20)	59 (45.00)	22 (16.80)		
มาก	15 (7.70)	88 (45.40)	91 (46.90)		
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง					
น้อย	41 (65.10)	18 (28.60)	4 (6.30)	76.566	<0.001
ปานกลาง	29 (16.60)	91 (52.00)	55 (31.40)		
มาก	29 (15.80)	83 (45.10)	72 (39.10)		
ทักษะการจัดการตนเอง					
น้อย	57 (67.10)	24 (28.20)	4 (4.70)	128.750	<0.001
ปานกลาง	37 (19.10)	86 (44.30)	71 (36.60)		
มาก	5 (3.50)	82 (57.30)	56 (39.20)		



ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมกำบังกันตนเอง			χ^2	p-value
	ไม่เหมาะสม	พอใช้	เหมาะสม		
ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น					
น้อย	64 (62.70)	24 (23.50)	14 (13.70)	195.712	<0.001
ปานกลาง	30 (15.50)	129 (66.50)	35 (18.00)		
มาก	5 (4.00)	39 (31.00)	82 (65.10)		
ความรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม)					
พอใช้	17 (94.40)	1 (5.60)	0 (0.00)	111.357	<0.001
ดี	42 (48.30)	38 (43.70)	7 (8.00)		
ดีมาก	40 (12.60)	153 (48.30)	124 (39.10)		

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ประกอบด้วย การได้รับการประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน การได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันตนเอง และการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่ง อสม. มีบทบาทเป็นหมอคนที่ 1 ในโครงการคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ที่ใกล้ชิดตัวในการเกาะประคอบบ้านให้ความรู้ ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แยกกักรักษาตัวในชุมชนและที่บ้าน การเฝ้าระวัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และเยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน ดังนั้น การที่ อสม. ได้รับการประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันตนเอง และการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกำบังกันโรคได้

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่ง อสม. เป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นเมื่อ อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมกำบังกันโรคที่ดี อสม. จะสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชน และช่วยส่งเสริมบทบาทของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

1.1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งให้เห็นว่า อสม. มีการหยุดปฏิบัติงานในชุมชนและรีบไปพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก จาม เจ็บคอ



หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และสามารถไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อขอวัคซีนภูมิร่างกาย และประเมินอาการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตนเองได้

1.2 ความเข้าใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับผลการศึกษารายอื่น พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ระดับสูง (ร้อยละ 97.3)⁽¹⁴⁾ ซึ่งให้เห็นว่า อสม. มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการอยู่ใกล้กับผู้ที่ติดเชื้อ หรือร้องเพลงเสียงดัง และมีละอองน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ ที่กระเด็นออกมา สอดคล้องกับการศึกษารายอื่นที่พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด โดยรู้ว่าควรปิดปากและจมูกให้มิดชิด เมื่อผู้ป่วยไอ จาม⁽¹⁵⁾

1.3 ทักษะการสื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งให้เห็นว่า อสม. มีการพูดแนะนำให้คนในครอบครัวสามารถทำความสะอาดมือ การใช้ช้อนกลางส่วนตัว การเปลี่ยนหน้ากากทุกวัน ขอมปฏิบัติตามได้ สอดคล้องกับการศึกษารายอื่นที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่มีมูลายเป็นพาหะ ด้านทักษะการสื่อสาร ในระดับมาก (ร้อยละ 43.29)⁽¹⁶⁾

1.4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งให้เห็นว่า อสม. มีการปฏิบัติที่ดีมาก เกี่ยวกับการป้องกันปากและจมูกขณะไอ จาม การทำความสะอาดหน้ากากผ้า การปฏิบัติตนเมื่อมีคนในครอบครัวไม่สบาย การปฏิบัติตนเมื่อกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ระบาด สอดคล้องกับการศึกษารายอื่นที่พบว่า อสม. ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย มีทักษะการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 68.07 และร้อยละ 87.39 ตามลำดับ)⁽¹⁷⁾

1.5 ทักษะการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งให้เห็นว่า อสม. สามารถใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษารายอื่นที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เมื่อออกจากบ้านและขณะที่ปฏิบัติงานอยู่ สามารถใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าได้ตลอดเวลา⁽¹⁸⁾

1.6 ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งให้เห็นว่า อสม. สามารถให้ข้อมูลการทำมาสะอาดหน้ากากผ้า ระยะทางการกระเด็นของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก การเว้นระยะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร ให้บุคคลอื่นปฏิบัติตามได้

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ โดยเมื่อพิจารณาพฤติกรรมเชิงป้องกันทุกครั้ง (6-7 วัน/สัปดาห์) พบว่า อสม. เมื่อออกนอกบ้านหรืออยู่ในที่สาธารณะ ยังมีการเว้นระยะห่างจากผู้อื่น น้อยกว่า 1 เมตร ดังเช่นการศึกษารายอื่น พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการเว้นระยะห่างระหว่างตนเองกับผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร ได้คะแนนต่ำสุด⁽¹⁹⁾ อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะต้องเว้นระยะห่างกับคนในครอบครัว คนใกล้ชิด หรือคนรู้จัก และการศึกษารายอื่น พบว่ากลุ่มวัยเรียนใน



มหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00)⁽²⁰⁾

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ยังพบได้น้อย ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งโดยรวม และรายด้าน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ อาจเกิดเนื่องจาก อสม. มีช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เพื่อใช้ในบทบาทการให้ความรู้ และการเฝ้าระวังโรค โดยก่อนออกปฏิบัติงานจะได้รับการประเมินสุขภาพของตนเองทุกครั้ง อีกทั้งยังได้รับอุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง ที่สามารถนำมาใช้ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁷⁾ โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเท่าทันสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถระดับบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ บอกต่อ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ⁽²¹⁾ ดังนั้น เมื่อ อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก มีพฤติกรรมกำบังโรคที่เหมาะสม ก็จะสามารถไปดูแลประชาชนทั้งในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคฯ ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการถ่ายทอดข้อมูลในการป้องกันโรคฯ เป็นแบบอย่างให้กับบุคคลอื่นได้ และโน้มน้าวหรือจูงใจให้บุคคลอื่นดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไปได้⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการส่งเสริมให้ อสม. ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันตนเองอย่างครบถ้วน และมีประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานมานาน เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ เพื่อส่งเสริมให้ อสม. มีพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสม และสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพต่อไปยังประชาชนได้



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อสม. และบุคลากรในพื้นที่ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอศรีราชา ตำบลพลูดาวหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี ตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา และตำบลคอนนิมพิล อำเภอ บางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทราที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี และ งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา 2563; 137(48ง): 1.
2. World Health Organization. [WHO]. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2563] จาก<https://covid19.who.int/>
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). สมุทรปราการ: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด. 2563.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2563] จาก<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี. สคร.6 ชลบุรี พัฒนาศักยภาพบุคลากร เน้นย้ำมาตรการป้องกัน โควิด 19 อย่างยั่งยืน. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2563] จาก https://ddc.moph.go.th/odpc6/news.php?news=13945&deptcode=odpc6&news_views=4348
6. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หนังสือเรียนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เรื่อง ขอปรับปรุงรายงานผลการปฏิบัติงาน อสม.เฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในชุมชนฯ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กันยายน 2564] จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/frontend/theme/view_information.php?Submit=ViewContent&ID_Inf_Nw_Manager=0000001959
7. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การป้องกันโรคในชุมชน. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
8. กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ และเสาวลักษณ์ ศรีคาเกษ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(1): 150-157.
9. วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบล



- หนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(1): 35-44.
10. พรพญา เตปิน, วราภรณ์ บุญเชียง และศิริตรี สุทธิจิตต์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. ลำปางเวชสาร 2561; 39(2): 72-80.
 11. สุรเชษฐ์ ภูถาวรณ. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 448-453.
 12. Daniel, W.W. Biostatistics : A Foundation for Analysis in the Health Sciences. Fourth Edition, New York : John Wiley & Sons 1987; 153-155.
 13. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561 [กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป]. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2561.
 14. สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2564; 1(2): 75-90.
 15. เอกพนธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในชุมชน. พยาบาลสาร 2564; 48(1): 174-186.
 16. ภาวิณี มนตรี, กาญจนา คงศักดิ์ตระกูล, ศุภรดา มณฑาทิพย์, ยุทธนา กลิ่นจันทร์ และทรงศน์พร ไหมสมบุญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคที่มีユงกลายเป็นพาหะของประชาชนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. วารสารควบคุมโรค 2564; 47(2): 343-352.
 17. ลำพูน วรจักร และพุทธิไกร ประมวล. ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563; 3(4): 175-186.
 18. วิชัย ศิริวรรณชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2564; 4(2): 63-75.
 19. อภิชาติ อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล และสุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคองหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 3(2): 19-30.



20. วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 4(2): 126-137.
21. Sorensen, K., Van Den Broucke., S, Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 2012; 12(80): 1-13.



การพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ

Development and evaluation of participatory self-management in behavior modification on
glycemic control in uncontrolled type 2 diabetes patients, Sisaket province

Received: April 12, 2022

Revised: April 25, 2022

Accepted: April 26, 2022

วนิดา สมภูงา¹, พุทธิไกร ประมวล²

Wanida Sompunga¹, Putthikrai Pramual²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบฯ ตามกระบวนการของ PDCA และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multivariable logistic regression การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ Independent t-test พบว่า มี 3 ปัจจัยที่เป็นปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแบบยาเกินและยาผิด ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในระดับดี จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 98% (AOR = 0.11, 95% CI= 0.02-0.53), 97% (AOR = 0.13, 95% CI=0.05-0.40) และ 72% (AOR = 0.28, 95% CI= 0.10-0.78) ทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายโอกาสในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 79.92 รูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ DNCMSF Model คือ 1) Data Center: ศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานระดับจังหวัด 2) Network: การสร้างเครือข่าย 3) Coacher: พี่เลี้ยง 4) Monitoring: การติดตามประเมินผล 5) Social support: การสนับสนุนทางสังคม 6) Follow up: การติดตามดูแลผู้ป่วย และพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.18% (Mean difference = 2.18, 95% CI = 1.18-3.17) และหลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การควบคุมระดับน้ำตาล, ผู้ป่วยเบาหวาน

¹ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

² กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ



Abstract

This research investigated factors associated with uncontrolled blood levels of type 2 diabetes (type 2 DM) and developed a model for self-management in behavior modification on glycemic control among uncontrolled type 2 DM patients. The research consisted of three phases: phase 1, an analytical case-control study; phase 2, the action research aimed to develop a participatory self-management model to modify glycemic control behavior based on the PDCA model; and phase 3, a quasi-experimental study aimed to assess the effect of the developed model from phase 2. Data were analyzed using multivariable logistic regression, content analysis, and independent t-test statistics.

The results indicated three predicted factors of glycemic control in uncontrolled type 2 DM patients including received oral and injectable treatment (Adjusted odds ratio (AOR) = 0.11, 95% Confidence interval (95% CI= 0.02-0.53, P=0.0004), a good level of social support (AOR = 0.13, 95% CI=0.05-0.40, P<0.0001), and a good level of the glycemic control behavior (AOR = 0.28, 95% CI = 0.10-0.78, p= 0.0151). The diabetes management model in Sisaket Province (DNCMSF Model) contains a data center, networking, mentor, monitoring, social support, and patient follow-up. In phase 3, the HbA1C level of the experimental group was 2.18% lower than the comparison group (Mean difference = 2.18, 95% CI = 1.18-3.17). Moreover, the mean scores for the glycemic control behavior, knowledge, perceived risk exposure, and perceived severity in the experimental group were higher than in the comparison group significantly.

Keywords: model development, behavior modification, glycemic control, uncontrolled type 2 diabetes

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็น โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 4 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก เพราะทุก 10 วินาที ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิต 1 คน จากสาเหตุที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือประมาณ 6 คนต่อนาที และร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมด้วย และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย⁽¹⁾ มีการคาดการณ์ล่วงหน้าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน หรือร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก⁽²⁾ ประเทศไทย มีแนวโน้มของอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2558 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,050.05, 1,080.25, 1,032.50 และ 1,208.20 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 12.06, 14.93, 17.53 และ 17.83 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558



พบว่ามีความโน้มสูงขึ้นทุกปี และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าระดับประเทศ โดยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 24.40, 26.70 และ 28.60 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽¹⁾

โรคเบาหวานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนมากที่สุดมี 2 ชนิด ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีสาเหตุมาจากตับสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยผิดปกติ หรือตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้พบได้น้อยเพียงร้อยละ 5 ของเบาหวานทั้งหมด และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเบาหวานที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลิน มักพบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในคนที่น้ำหนักตัวมาก คนอ้วนลุงพุง พบได้สูงประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด โดยลักษณะสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ เซลล์กล้ามเนื้อลายและเซลล์ไขมันของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งปกติจะนำน้ำตาลกลูโคสไปสลายเป็นแหล่งพลังงาน จึงเป็นผลให้น้ำตาลเหล่านั้นสะสมในกระแสเลือดเป็นเวลานาน^(3,4) ดังนั้น การรักษาระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับคนปกติ (HbA1c <7% หรือ FBS <100 mg/dL) จึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานได้รับการรักษาด้วยยา Metformin และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบกับความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งเป็นความยุ่งยากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการที่จะทำการรักษา และการติดตามควบคุมกำกับกับการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทุกราย⁽⁵⁻⁶⁾ จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมโรคได้เพียงร้อยละ 28.50 และอีกร้อยละ 71.50 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁽⁷⁾ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะมีโรคร่วมตามมา ได้แก่ ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนทางตา โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 42.90, 30.70, 18.70 และ 3.50 ตามลำดับ⁽⁸⁾ สาเหตุของโรคไตเสื่อม พบว่า ร้อยละ 70 เกิดจากโรคเบาหวาน⁽⁹⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีหลายอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁰⁻¹²⁾ และยังมีนักวิจัยหลายคนได้พยายามนำปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มาพัฒนารูปแบบในการส่งเสริม ป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยนำแนวคิดและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การจัดการตนเอง ทฤษฎีการมีส่วนร่วม และการจัดการรายกรณี ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกๆ กระบวนการ เพราะการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ นั้น ต้องเกิดจากกระบวนการคิดตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัตินั้นด้วยตนเอง และมีการสนับสนุนส่งเสริมที่ดีจากครอบครัว ญาติ ชุมชน และเครือข่ายผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับลักษณะการสนับสนุน ส่งเสริม



ให้คำปรึกษา ติดตามประเมินการดูแลรักษา และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีทิศทางที่ดีขึ้นด้วยตัวผู้ป่วยเองอย่างยั่งยืน⁽¹³⁻¹⁶⁾

จังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี มีอัตราป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2555-2557 คิดเป็น 718.21, 777.84 และ 820.41 ต่อประชากรแสนคนผลการคัดกรองพบภาวะแทรกซ้อนทางไต ผลที่เท้า และภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา คิดเป็น ร้อยละ 39.24, 0.14 และ 6.72 ตามลำดับ⁽¹⁷⁾ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง ร้อยละ 36.91 สาเหตุมาจากการควบคุมการบริโภคอาหารไม่ดี และขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังขาดการกำกับติดตามอย่างจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถบริหารจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากสถานการณ์และประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุตามบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ และนำแนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัว และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มาผสมผสานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้และการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีจุดเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยมีอิทธิพลจากบุคคลในครอบครัวเกื้อหนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ร่วมกับการติดตามสนับสนุนจากทีมเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างยั่งยืน อันจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีภาวะสุขภาพที่ดีและไม่มีโรคแทรกซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้



1. การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย อยู่ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง 135 คน แบ่งเป็น กลุ่มศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1C \geq 7\%$) 45 คน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1C < 7\%$) 90 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกอำเภอ ตำบล รพ.สต. และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป 14 ข้อ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 15 ข้อ ความคาดหวังและการรับรู้ความสามารถของตน 10 ข้อ การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 20 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคม 10 ข้อ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้าน 3 ท่าน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า แบบสอบถามด้านความคาดหวังและการรับรู้ความสามารถของตน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72, 0.74, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้านความรู้ ด้วยวิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติ Multivariable logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่าขนาดความสัมพันธ์ (Adjusted odds ratio) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

2. การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด⁽¹⁸⁾ ร่วมกับการนำทฤษฎีการจัดการตนเอง การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลจากการสังเกต การประเมินการมีส่วนร่วม และบันทึกข้อมูลจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis)

3. การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ($HbA1C$) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก 2 อำเภอ ก่อนและหลังการ



ทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1C $\geq 7\%$ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเบาหวานใน รพ.สต. ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัว 66 คน เป็นแบ่ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เพื่อให้ได้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ใน รพ.สต. 2 แห่ง จาก 2 อำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเก็บตัวอย่าง โดยวิธีการเจาะบริเวณแขนหรือปลายนิ้วมือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดแบบสะสม (HbA1C) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2021-59 EC เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2564 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.22 และ 73.33 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 59.23 ± 7.86 และ 61.97 ± 10.34 ปี ตามลำดับ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.89 และ 53.33 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 และ 82.22 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกร 75.28 และ 64.44 ตามลำดับ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.20 ± 7.05 และ 8.02 ± 7.14 ปี รักษาแบบยากิน ร้อยละ 57.78 และ 95.45 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 59.09 และ 64.44 ตามลำดับ มีพี่น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 64.44 และ 60.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) โดยพบว่า มี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ การรักษาที่ได้รับ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยเบาหวานได้รับการรักษาแบบยากินและยาฉีด จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 89% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแบบยากินหรือยาฉีดอย่างใดอย่างหนึ่ง (AOR = 0.11, 95% CI = 0.02-0.53) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 87% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ



แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ดี (AOR = 0.13, 95% CI=0.05-0.40) และผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในระดับดี จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 72% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (AOR = 0.28, 95% CI= 0.10-0.78) (ตารางที่ 2) โดยทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรผันของโอกาสการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 79.92 (ภาพที่ 1)

2. ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผลการพัฒนารูปแบบฯ ที่ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ ได้รู้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ (Management of diabetes disease Model, Sisaket Province) หรือ โมเดล DNCMSF ประกอบด้วย 1) Data Center หมายถึง การจัดเตรียมความพร้อมที่เป็นศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานระดับจังหวัด ที่มีรายละเอียดของผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน ขึ้นทะเบียน แยกระดับการป่วยที่ชัดเจน แนวทางการรักษา รวมไปถึงรายละเอียดด้านการรักษา ชนิดของเบาหวาน พฤติกรรม และแนวโน้มให้การให้บริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ 2) Network หมายถึง การสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอและตำบลที่ชัดเจนเพื่อการประสานข้อมูล และการลงรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนในระดับพื้นที่ ตลอดจนการประสานงานในการรายงานผู้ป่วย การจัดกิจกรรม และการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่าย 3) Coacher หมายถึง การดำเนินงานควบคุมดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เป็นทีมที่ปรึกษาในการดำเนินงาน การจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และเชื่อมประสานข้อมูลในทุกระดับ 4) Monitoring หมายถึง การติดตามเยี่ยม การเสริมพลัง การนิเทศ และประเมินผลเป็นกระบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดความกระตือรือร้น มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน และการหาแนวทางการดำเนินงานใหม่ๆ ที่เกิดประสิทธิภาพในการทำงานมาประยุกต์ใช้ได้ 5) Social support หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์จากองค์กร ทั้งภายในและภายนอกองค์กร หน่วยงานต่างๆ เข้ามา มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอาจเป็นในรูปแบบของคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด อำเภอ ตำบล หรือหมู่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพ และ 6) Follow up หมายถึง การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกระดับทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน โดยเน้นไปที่การติดตามพฤติกรรม 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการพักผ่อนหรือการจัดการความเครียด (ภาพที่ 2)

3. ผลการวิจัยระยะที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้รูปแบบ DNCMSF model พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่า



ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.18 mg% (Mean difference = 2.18, 95% CI = 1.18-3.17) และน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ 2.40 mg% (Mean difference = 2.40, 95% CI = 1.66-8.81) มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.73 คะแนน (Mean difference = 7.73, 95% CI = 1.86-13.59) และมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ 6.82 คะแนน (Mean difference = 6.82, 95% CI = 1.74-11.90) มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.61 คะแนน (Mean difference = 1.61, 95% CI = 1.34-1.86) และมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ 3.91 คะแนน (Mean difference = 3.91, 95% CI = 3.58-4.24) 4) มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.91 คะแนน (Mean difference = 0.91, 95% CI = 0.12-1.61) มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.61 คะแนน (Mean difference = 0.61, 95% CI = 0.08-1.12) และมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ 0.58 คะแนน (Mean difference = 0.58, 95% CI = 0.10-1.06) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

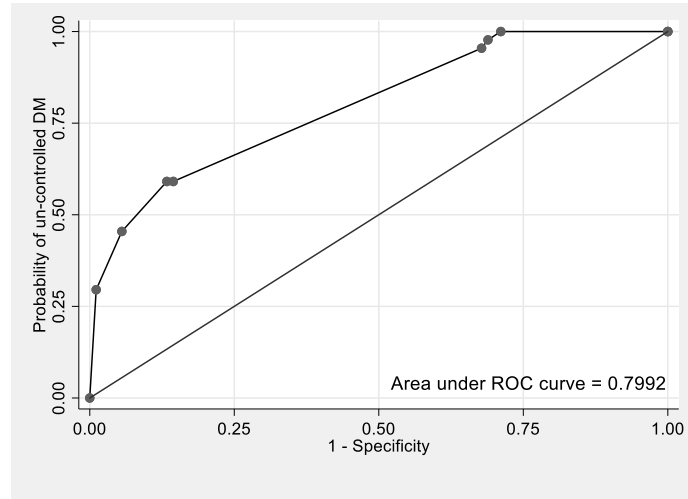
ลักษณะที่ศึกษา	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ควบคุมระดับน้ำตาลได้		ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	25	27.78	12	26.67
หญิง	65	72.22	33	73.33
2. อายุ				
<50 ปี	12	13.33	4	8.89
50-59 ปี	25	27.78	17	37.78
60 ขึ้นไป	53	58.89	24	53.33
Mean ± SD	59.23±7.86		61.97±10.34	
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	78	86.67	37	82.22
สูงกว่าประถมศึกษา	12	13.33	8	17.78
4. อาชีพ				
ว่างงาน/แม่บ้าน	13	14.61	10	22.22
เกษตรกร	67	75.28	29	64.44
รับจ้าง/ค้าขาย/อื่นๆ	9	10.11	6	13.33
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
<5,000 บาท	52	57.78	19	42.22
5,500บาทขึ้นไป	38	42.22	26	57.78
Median (Min : Max)	3,000 (300 : 100,000)		5,000 (300 : 60,000)	



ลักษณะที่ศึกษา	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2			
	ควบคุมระดับน้ำตาลได้		ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน				
1-5 ปี	32	35.56	22	48.89
6-10 ปี	28	31.11	12	26.67
>10 ปี	30	33.33	11	24.44
Median (Min : Max)	9.20±7.05		8.02±7.14	
7. การรักษาที่ได้รับ				
ยาเกิน	52	57.78	42	95.45
ยาพอดี	8	8.89	0	0.00
ยาเกินและยาพอดี	30	33.33	2	4.55
8. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน				
ไม่มี	36	40.91	16	35.56
มี	52	59.09	29	64.44
9. ประวัติที่น้องสายตรงเป็นเบาหวาน				
ไม่มี	32	35.56	18	40.00
มี	58	64.44	27	60.00

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปรทำนาย	การควบคุมระดับน้ำตาล				Crude OR	Adj OR	95% CI	p-value	Area under ROC
	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้						
	n	%	n	%					
1. การรักษาที่ได้รับ							0.0004	0.6439	
ยาเกินหรือยาพอดี	60	66.67	42	95.45	1	1			
ทั้งยาเกินและยาพอดี	30	33.33	2	4.55	0.09	0.11	0.02 - 0.53		
2. แรงสนับสนุนทางสังคม							<0.0001	0.7056	
ระดับไม่ดี	7	7.78	22	48.89	1	1			
ระดับดี	83	92.22	23	51.11	0.09	0.13	0.05 - 0.40		
3. พฤติกรรมการการควบคุมระดับน้ำตาล							0.0151	0.6611	
ระดับไม่ดี	11	12.22	20	44.44	1	1			
ระดับดี	79	87.78	25	55.56	0.17	0.28	0.10 - 0.78		

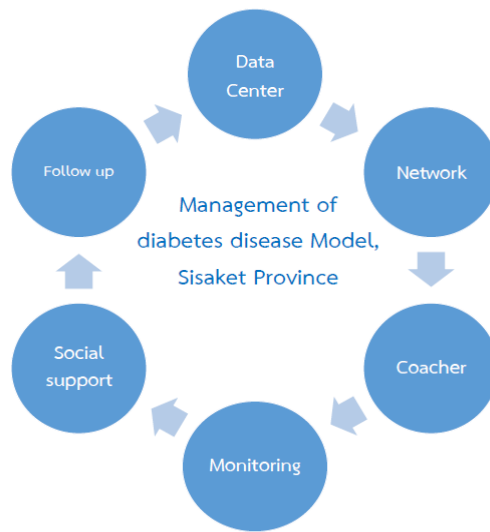


ภาพที่ 1 Area under ROC curve ของโมเดลทำนาย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ

ช่วงเวลา	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
หลัง ได้รับ โปรแกรม	ความรู้	13.06	0.56	11.45	0.51	1.61	1.34 to 1.86	<0.0001
	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	14.15	1.12	13.24	1.68	0.91	0.21 to 1.61	0.0119
	การรับรู้ความรู้ความ รุนแรง	14.85	0.71	14.24	1.32	0.61	0.08 to 1.12	0.0238
	การรับรู้ประโยชน์	13.88	1.49	13.61	1.80	0.27	-0.54 to 1.09	0.5058
	การรับรู้อุปสรรค	10.88	1.17	10.69	1.59	0.18	-0.50 to 0.87	0.5983
	พฤติกรรม	76.15	11.42	68.42	12.40	7.73	1.86 to 13.59	0.0106
	HbA1C	7.14	1.36	9.32	2.51	-2.18	-3.17 to -1.18	<0.0001
ก่อน ได้รับ โปรแกรม	ความรู้	9.15	0.76	11.09	0.46	-1.94	-2.24 to -1.63	<0.0001
	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	13.91	1.38	13.61	1.49	0.30	-0.40 to 1.01	0.3957
	การรับรู้ความรู้ความ รุนแรง	14.27	1.18	14.36	1.14	-0.09	-0.66 to 0.48	0.7514
	การรับรู้ประโยชน์	13.09	1.77	13.91	1.55	-0.82	-1.64 to 0.01	0.0502
	การรับรู้อุปสรรค	10.91	1.28	10.82	1.31	-0.09	-0.55 to 0.73	0.7768
	พฤติกรรม	69.33	9.11	68.69	17.92	0.64	-6.36 to 7.63	0.8563
	HbA1C	9.54	1.61	9.65	1.86	-0.11	-0.97 to 0.75	0.7980

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test



ภาพที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การรักษาที่ได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และรูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ หรือโมเดล DNCMSF ประกอบด้วย 1) Data Center: ศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานระดับจังหวัด 2) Network: การสร้างเครือข่าย 3) Coacher: พี่เลี้ยง 4) Monitoring: การติดตามประเมินผล 5) Social support: การสนับสนุนทางสังคม 6) Follow up: การติดตามดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การติดตามเยี่ยมเสริมพลังจากทีมสหวิชาชีพที่จะคอยดูแลให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายทีมแกนนำสุขภาพทั้งในระดับชุมชน ตำบล และจังหวัด ประสานเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลในระดับอำเภอ จัดตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และเชื่อมประสานข้อมูลในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามี 3 ปัจจัย ได้แก่ การรักษาที่ได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอิทธิพลในการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 3 ปัจจัยเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการ



ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตั้งแต่ 72%, 87% และ 89% ตามลำดับ สอดคล้องกับการแนวทางทางการแพทย์และการวิจัยที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นว่านอกจากดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแล้ว จะต้องมีการช่วยสนับสนุนการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานด้วย ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ อสม. ทีมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่คอยช่วยเหลือดูแลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การจัดการด้านโภชนาการ การส่งเสริมออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยด้วย⁽¹¹⁻¹²⁾ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 87% สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี⁽¹³⁾ เมื่อสมาชิกในครอบครัวให้ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในทุกมิติ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีในการอยู่กับโรคและยารักษาเบาหวาน และมีทีมที่เลี้ยงจากทีมสุขภาพระดับชุมชน และทีมสนับสนุนให้คำปรึกษา เข้าถึงง่าย ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่ดีต่อสุขภาพได้ ด้านปัจจัยเรื่องรูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาทั้งยาเกินร่วมกับยาฉีด จะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับเฉพาะยาเกินหรือยาฉีดอย่างเดียวอย่างหนึ่ง นอกจากนี้วิถีการรักษารักษาแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ จะได้รับการติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินดัชนีชี้วัดทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดูแลสุขภาพตนเองให้อยู่ในระดับที่ดี

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ รูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ หรือ DNCMSF Model ที่มีการจัดระบบข้อมูลที่จะมาช่วยชี้เป้าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาล โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากครอบครัว และการจัดทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม⁽¹⁴⁾ และการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดอกคำใต้ อำเภอวัง จังหวัดลำปาง⁽¹⁵⁾ ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมร่วม การจัดการตนเอง การสร้างพลังอำนาจ และแรงสนับสนุนทางสังคม ผ่านกระบวนการวิเคราะห์หาสาเหตุ สู่การกินข้อมูลให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประกอบในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ จึงเกิดเป็นการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนสู่กระบวนการติดตามประเมินผล ประกอบกับการศึกษาครั้งได้มีรูปแบบพี่เลี้ยง (Coacher) จากทุกระดับ เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่คอยดูแล ให้คำปรึกษา และมีการจัดการระบบข้อมูลที่ดี มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการความรู้และมีทักษะในการประเมิน



ตนเองวางแผนการจัดการตนเอง มีพี่เลี้ยงจากทุกระดับในการให้คำปรึกษา คอยโอบอุ้ม ช่วยเหลือดูแล และทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการ โรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจากในเนื้อหาของโปรแกรมมีส่วนประกอบของการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ พฤติกรรมด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการตนเองที่เหมาะสม ผ่านคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สื่อการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เอกสารแผ่นพับ สื่อวิดีโอทัศน์ การสาธิตการประกอบอาหาร สื่อสาธิตการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตนเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล การติดตามเยี่ยมบ้านให้สุขศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการกระตุ้นเตือนจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้วิธีการกระตุ้นเตือนผ่านการพูดคุย และกระตุ้นเตือนในการดูแลตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เพิ่มเติมความรู้ มีการรับรู้โอกาสและความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และได้ปรับทัศนคติในการปฏิบัติตัว ส่งผลโดยตรงให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ดีขึ้น⁽¹⁶⁾ ส่งผลให้หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรนำปัจจัยที่ได้จากงานวิจัย มาประยุกต์มาเป็นส่วนประกอบสำคัญการวางแผนและการดำเนินการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และนำแนวทางการจัดโปรแกรมการให้ความรู้การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มาเป็นส่วนหนึ่งในการอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. ทีมดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (CG) เพื่อเป็นการฟื้นฟูทักษะองค์ความรู้ และสร้างต้นแบบที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาพกว้างระดับจังหวัด และเพิ่มการวัดประเมินผลซ้ำหลายช่วงเวลา เพื่อประเมินความยั่งยืน และดูแนวโน้มของประสิทธิผลของโปรแกรมรูปแบบในช่วงเวลาที่ต่างกัน และควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับรูปแบบ



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อื่นๆ ทั้งที่เป็นรูปแบบปกติ และรูปแบบที่มีการพัฒนาใหม่ๆ เพื่อให้สะท้อนให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อนของโปรแกรมฯ และนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบให้ครอบคลุมทุกมิติที่อาจจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ทง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้พัฒนางานประจำด้วยการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ขอขอบคุณทุกส่วนของภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : ศรีการพิมพ์. 2558.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projection for 2030. *Diabetes Care* (serial online) 2004; 27:1047-1053.
3. DeFronzo, R. A., et al. Type 2 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15019. doi:10.1038/nrdp.2015;.19.
4. Kharroubi, A. T., & Darwish, H. M.. Diabetes mellitus: The epidemic of the century. *World journal of diabetes* 201; 6(6), 850-867. doi:10.4239/wjd.v6.i6.850.
5. Davies, M. J., D'Alessio, D. A., Fradkin, J., Kernan, W. N., Mathieu, C., Mingrone, G., . . . Buse, J. B.. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2018; 41(12), 2669. doi:10.2337/dci18-0033.
6. Riddle, M. C., Gerstein, H. C., Holman, R. R., Inzucchi, S. E., Zinman, B., Zoungas, S., & Cefalu, W. T.. A1C Targets Should Be Personalized to Maximize Benefits While Limiting Risks. *Diabetes Care* 2018; 41(6), 1121-1124. doi:10.2337/dci18-0018.
7. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. 2552.



8. วรณิ นิธิยานันท์, สาธิต วรณแสง และชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550. กรุงเทพมหานคร : วิวัฒนาการพิมพ์. 2550.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุของโรคไตวาย 2550. ค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2564, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
10. นาเดีย หะยีปะจิ และพิสิษฐ์ พวยพุ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจติดตามระดับน้ำตาลที่ กองแพทย์ เทศบาลเมืองเชียงราย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2562; 20(3): 83-94.
11. ปิยะวดี ทองโปร่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences 2561; 2(4): 9-22.
12. ชีรศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, & นรินทร์ ถาละคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2564; 16(1), 285-298.
13. คารารัตน์ อุ่มบางตลาด และศตกมล ประสงค์วัฒนา. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. Journal of Nursing, Public Health, and Education (ISSN: 2651-1908 Journal Online.), 18(1), 11-23.
14. วัชรารัตน์ นาพิกุล, ลำไพพร แทนสา และสุรภา พิลาออน. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็อนน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2(1), 77-90.
15. อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 1(2), 121-132.
16. อภิชาติ กตะศิลา, สุกัญญา ลีทองดี และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2560). ผลของโปรแกรมการใช้สมุดบันทึกทางคลินิกร่วมกับแรงสนับสนุนจากเพื่อนเบาหวานต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยซนชัย จังหวัดยโสธร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 19(1), 233-243.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานสรุปผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2559. เอกสารรายงานประจำปี 2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2559.
18. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University, 1988.



**การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชน
 เป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ
 และหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง**
**ANEVALUATION ON OUTCOMES OF PRIMARY CARE IMPLEMENTATION WITH INTEGRATED
 PEOPLE-CENTRED OF CHRONIC ILLNESS PATIENTS REGISTERED WITH PRIMARY CARE
 CLUSTER AND NON-PRIMARY CARE CLUSTER IN MUEANG DISTRICT, TRANG PROVINCE**

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ¹, ไพบุญย์ ชาวสวนศรีเจริญ¹,

ฉัตรชัย ขวัญแก้ว¹, พุทธิพงษ์ บุญชู¹

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen¹, Paiboon Chaosuansreecharoen¹,

Chatchai Kwankaew¹, Puttipong Boonchu¹

Received: January 03, 2022

Revised: April 21, 2022

Accepted: April 24, 2022

บทคัดย่อ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ ถือเป็นเป็นกลยุทธ์และแนวคิดที่สำคัญที่จะสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำจากหน่วยบริการทั้ง 2 ประเภทๆ ละ 100 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเครมอร์วี การทดสอบไคสแควร์ และ Independent t-test

ผลการศึกษา ปฏิสัมพันธ์ผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิตราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว และได้รับการดูแลจากหมอสาธารณสุข หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการจากหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิรับรู้คุณภาพการดูแลจากผู้ให้บริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง



ดังนั้น ควรพัฒนาหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้เป็นหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: การประเมินผลลัพธ์, การจัดบริการสุขภาพ, บริการปฐมภูมิ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

Primary care service is a crucial strategy and concept that provides people for fairness and accessibility of health care service. This study aimed to evaluate on outcomes of primary care implementation with integrated people-centred of chronic illness patients registered with primary care cluster and non-primary care cluster in Mueang district, Trang province. Data were obtained from 100 patients who registered with primary care cluster and 100 patients who registered with non- primary care cluster. Research instrument was questionnaire. Data analysis were using descriptive statistics, Cramer' V, Chi-square test and Independent t-test.

The results showed that patient-provider interactions between primary care cluster and non-primary care cluster in Amphoe Mueang, Changwat Trang were significantly different at p-value 0.001. Chronic illness patients who registered with primary care cluster knew the name of family care provider and received services with the same family care provider and family doctor that were higher than those registered with non-primary care cluster. Chronic illness patients who registered with primary care cluster perceived health care quality that significantly higher than chronic illness patients who registered with non-primary care cluster at p-value 0.001

Thus, it should develop non- primary care cluster to be primary care cluster.

Keywords: Outcome evaluation, health care service, primary care, chronic illness patient

¹Sirindhorn College of Public Health, Trang

บทนำ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ถือว่าเป็นกลยุทธ์และแนวคิดที่สำคัญที่จะสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนตามคำประกาศฮัลมา อตา ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2521^(1,2) ในระดับนานาชาติทั่วโลกยอมรับว่าประเทศที่ให้ความสำคัญต่อระบบบริการปฐมภูมิ และจัดการในระดับบริการปฐมภูมิได้ดีจะมีผลให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศไม่สูงและสถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น อัตราการตายในทารกแรกเกิดลดลง⁽³⁾ เนื่องจากบริการสุขภาพ



ปฐมภูมิจัดเป็นบริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบ การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งการป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ด้วยแนวคิดแบบองค์รวมให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของ ประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตน และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ของการจัดบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมี นโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของการจัดบริการปฐมภูมียังมีข้อจำกัด และมีการให้บริการที่มีความแตกต่างกันตามระดับพื้นที่ ซึ่งมีจุดเด่นที่แตกต่างกัน ได้แก่ พื้นที่ในเขตเมืองมีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนหรือ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสม.) ซึ่งหลายแห่งมีการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกัน โรค ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มโรคพื้นฐาน (Primary medical care) และพบว่า ยังมีปัญหาของการขาดความครอบคลุมในบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ความเชื่อมโยง กับบริการในชุมชน ขณะที่พื้นที่ในชนบทมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นฐานการ ให้บริการ ซึ่งเน้นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การทำงานเชิงรุกในชุมชนมากกว่า การรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนให้เกิดบริการแบบเป็นองค์รวม ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวยังขาดความชัดเจน นอกเหนือจากด้านการให้บริการยังพบว่าในหลายพื้นที่ ยังมีปัญหาการดำเนินการของระบบงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การเชื่อมต่อบริการกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบการส่งต่อ ระบบสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพแบบบูรณาการในการพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ⁽³⁾

ในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลสุขภาพ ประชาชนทุกครัวเรือนครอบคลุมทุกพื้นที่ด้วย “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” ลักษณะของ การให้บริการสุขภาพคือ แบ่งหมู่บ้านให้บุคลากรสาธารณสุขจาก รพ.สต. แต่ละคนเป็นผู้ดูแลให้ คำปรึกษาประชาชนถึงบ้านทุกครัวเรือน และประสานงานส่งต่อโดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเป็น ที่ปรึกษา ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ นโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” ซึ่งต่อ ยอดจากนโยบายทีมหมอครอบครัว⁽⁵⁾ คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ รวมกันเป็น ทีมหมอครอบครัว หรือ Family Medical Care Team ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (Catchment Population) ในสัดส่วนที่เหมาะสม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหัวใจในการดำเนินงาน⁽⁶⁾ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ และมาตรการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพ ให้เกิดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการที่เชื่อมโยงบูรณาการ โดยมีระบบ



การเงินที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการอย่างบูรณาการและเน้นผลลัพธ์เป็นสำคัญตามแนวคิดระบบบริการที่เน้นคุณค่า (Value-based Health Care) ได้แก่ ผลลัพธ์สุขภาพและสภาวะ (Health and Well Being) ที่ดีขึ้น ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการให้การดูแล (Quality of Care and Service) และการลงทุนที่คุ้มค่าในสัดส่วนต่อประชากร (Cost per Capital)⁽⁷⁾ แนวคิดหลักคือ ประชาชนได้รับการขึ้นทะเบียนกับแพทย์และทีมสุขภาพประจำตัว (First Contact) มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care) และการบริการอย่างบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Center Care) โดยการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากโรค การป้องกันโรคไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค⁽⁸⁾ ปัจจุบันได้มีกฎหมายเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ซึ่งได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ 2562 ได้เปลี่ยนชื่อเรียกอย่างเป็นทางการจากเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่ง 1 หน่วย ให้การดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 8,000 - 12,000 คน⁽⁹⁾

สำหรับอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยแบ่งเป็น 2 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Cluster) ได้แก่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรัง จำนวน 2 Cluster หรือ 6 ทีม รับผิดชอบการดูแลสุขภาพในพื้นที่ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง หรือครอบคลุมเขตพื้นที่ของเทศบาลนครตรังทั้งหมด และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิศรีตรัง จำนวน 1 Cluster หรือ 3 ทีม ประกอบด้วย ทีมที่ 1 รพ.สต. โศกหล่อ ทีมที่ 2 รพ.สต. นาบินหลารพ.สต. บ้านควน และ รพ.สต. นาโยงใต้ ทีมที่ 3 รพ.สต. น้ำผุด และ รพ.สต. บ้านน้ำผุด โดยมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลตรัง มาตรฐานผู้ป่วยนอกพื้นที่ละ 2-3 วัน และลงเยี่ยมบ้าน 1 วัน ช่วงบ่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อติดตามผู้ป่วยที่ภาวะพึ่งพิงและโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต⁽¹⁰⁾ การดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการมาระยะหนึ่ง ซึ่งยังไม่มีประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกประเมินผลลัพธ์ในผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากบริบทของสังคมไทยหรือทั่วโลก เปลี่ยนไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ ภาวะโรคเปลี่ยนไปเป็นโรคเรื้อรัง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นภาวะโรคสำคัญ และทวีความรุนแรงทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อผลการศึกษานำไปพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) โดยศึกษาในลักษณะภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study Design) เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ในการศึกษาแบบกลุ่มนาน ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – มกราคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นและรับบริการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรังและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 100 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จำนวน 100 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างตามที่ Hatcher and O'Rourke⁽¹¹⁾ ที่เสนอแนะขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องมีจำนวน 5 เท่าของจำนวนตัวแปร หรือขนาดตัวอย่างขั้นต่ำคือ 100 คน เพื่อเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพารามิเตอร์ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็น โคนึงปกติ การศึกษานี้จึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน กลุ่มละ 100 คน เพื่อเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีค่าความแปรปรวนเท่ากัน⁽¹²⁾ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ของพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป 2) ยินดีให้ข้อมูล และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และพูดคุยได้รู้เรื่อง ไม่หลงลืม ประเมินโดยผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยลงไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างด้วยการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำตอบให้สมบูรณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการป่วยโรคเรื้อรัง ผลการดูแลโรคเรื้อรัง และสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอรอบครัว ได้รับการและการดูแลจากแพทย์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง



(แพทย์ครอบครัวหมายถึงแพทย์ที่ให้บริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ) และได้รับการและการดูแลจากหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง (หมอครอบครัว หมายถึง ทีมบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขา ของหน่วยบริการปฐมภูมิ) และส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) ฉบับภาษาไทย⁽¹³⁾ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านปัจจัยสุขภาพ (จำนวน 3 ข้อ) 2) ด้านแผนการรักษา (จำนวน 7 ข้อ) 3) ด้านเป้าหมายการรักษา (จำนวน 3 ข้อ) 4) ด้านการปฏิบัติตน (จำนวน 8 ข้อ) 5) ด้านผลของการรักษา (จำนวน 2 ข้อ) และ 6) ด้านความพึงพอใจ (จำนวน 1 ข้อ) แต่ละข้อคำถามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากหน่วยบริการที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 แทบจะไม่เคย, 2 โดยทั่วไปไม่, 3 บางครั้ง, 4 ส่วนใหญ่ และ 5 แทบจะทุกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม PACIC ฉบับภาษาไทย จากการวิจัยที่ผ่านมา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach อยู่ระหว่าง 0.89 – 0.91 เป็นแบบสอบถามที่ยอมรับและเชื่อถือได้ในการประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับจากหน่วยบริการรักษา⁽¹⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ด้วยสถิติครีเมอร์วี (Cramer's V) การวิเคราะห์เปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ด้วย Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี หมายเลขโครงการ COA,MURA2019/1018 รับรองเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2562



ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองมีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ โดยส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคได้ดี และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 หน่วยบริการ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรเพศ โดยกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าอีกหน่วยบริการ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างจากหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าอีกหน่วยบริการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ โรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ตัวแปร	หน่วยบริการ		p-value
	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.04 ^a
ชาย	26 (53.10)	23 (46.90)	
หญิง	74 (49.00)	77 (51.00)	
อายุ (ปี)			0.18 ^a
21-40	0 (0.00)	2 (100.00)	
41-60	36 (62.10)	22 (37.90)	
> 60	64 (45.70)	76 (54.30)	
\bar{X} = 67.12 ปี (SD = 10.74), Max = 90 ปี, Min = 29 ปี			
โรคเรื้อรัง			0.66 ^a
เบาหวาน	10 (45.50)	12 (54.50)	
ความดันโลหิตสูง	52 (48.10)	56 (51.90)	
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	38 (54.30)	32 (45.70)	



ตัวแปร	หน่วยบริการ		p-value
	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย	
	(n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	บริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	$\bar{X} = 8.96$ (SD = 7.08)	$\bar{X} = 7.94$ (SD = 7.52)	0.32 ^b
ผลการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง			0.05 ^a
ควบคุมได้ดี	82 (51.90)	76 (48.10)	
ควบคุมไม่ได้	15 (55.60)	12 (44.40)	
มีภาวะแทรกซ้อน	3 (20.00)	12 (80.00)	
สิทธิหลักประกันสุขภาพหลัก			0.12 ^a
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	88 (52.10)	81 (47.90)	
ประกันสังคม	0 (0.00)	4 (100.00)	
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ท้องถิ่น	10 (40.00)	15 (60.00)	
ไม่มีสิทธิใด ๆ	1 (100.00)	0 (0.00)	
ประกันสุขภาพเอกชน	1 (100.00)	0 (0.00)	

หมายเหตุ: \bar{X} = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ^a วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติครอสเท็บ (Cramer's V)

^b = วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent t-test

การเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ในตารางที่ 2 พบว่าปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว และได้รับบริการและการดูแลจากหมอสาธารณสุขคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ขณะที่การได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แต่ไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติ



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้
 เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ตัวแปร	หน่วยบริการ		p-value ^a
	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	
*ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอ			
ครอบครัวย			0.001
ไม่ทราบ	31 (28.40)	78 (71.60)	
ทราบ	69 (75.80)	22 (24.20)	
**ได้รับการรักษาจากแพทย์			
ครอบครัวยคนเดิมทุกครั้ง			0.09
ไม่ใช่	24 (40.70)	35 (59.30)	
ใช่	76 (53.90)	65 (46.10)	
*ได้รับการบริการและการดูแลจากหมอ			
ครอบครัวยคนเดิมทุกครั้ง			0.001
ไม่ใช่	14 (25.00)	42 (75.00)	
ใช่	86 (59.70)	58 (40.30)	

หมายเหตุ: ^a วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์, *หมอครอบครัวย หมายถึง ทีมบุคลากรสาธารณสุข
 ทุกสาขาของหน่วยบริการปฐมภูมิ, **แพทย์ครอบครัวย หมายถึง แพทย์ที่ให้บริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ

การเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการ
 ปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ดังตารางที่ 3
 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการ
 ภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิมิค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลด้านปัจจัยสุขภาพ ด้านแผนการรักษา
 ด้านเป้าหมายการรักษา ด้านการปฏิบัติตน ด้านผลของการรักษา และด้านความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วย
 โรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

การรับรู้คุณภาพการดูแล	n	\bar{X}	SD	df	t	p-value ^a
ด้านปัจจัยสุขภาพ						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.15	0.83	198	6.20	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	3.33	1.03	198		
ด้านแผนการรักษา						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.21	0.70	198	6.62	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	3.42	0.97	198		
ด้านเป้าหมายการรักษา						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.36	0.69	198	7.60	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	3.44	0.99	198		
ด้านการปฏิบัติตน						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.03	0.78	198	9.53	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	2.95	0.81	198		
ด้านผลของการรักษา						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.15	0.93	198	7.52	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	3.08	1.08	198		
ด้านความพึงพอใจ						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.79	0.46	198	4.14	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.39	0.85	198		

หมายเหตุ: ^a วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent t-test

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองของจังหวัดตรัง ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว และได้รับบริการและการดูแลจากหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ขณะที่การได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์



ครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เหตุผลที่สามารถนำมาอธิบายคือ แนวคิดหลักในการออกแบบบริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ คือการบริการอย่างบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Center Care)⁽⁸⁾ โดยมีระบบการขึ้นทะเบียน (Registration) และการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือบุคลากรสุขภาพคนใดที่จะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือหมอประจำครอบครัวของตนเอง (Engagement) หรืออีกความหมายหนึ่งคือ “ฉันเป็นผู้ดูแลเธอ เธอเป็นผู้ให้ฉันดูแล” สำหรับระบบการขึ้นทะเบียน และช่องทางการสื่อสารว่าใครคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำครอบครัวและแพทย์ประจำครอบครัวที่ผู้ป่วยจะติดต่อลำดับแรก (First Contact) เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วยของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ข้อมูลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน⁽¹⁵⁾ พบว่า มีสติ๊กเกอร์รายชื่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวติดที่บ้านผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง⁽¹⁰⁾ “เราก็เลยใช้ช่องทางที่ว่า เราทำเป็นสติ๊กเกอร์ติดที่บ้านมีทั้งหมด 6 สี หมอละ 1 สี อย่างผมสีเหลือง ช่างบน ก็จะเป็นชื่อชุมชน มีชื่อหมอของชุมชนนี้ มีรูป ชื่อหมอ มีชื่อทีมแล้วก็เบอร์โทรติดต่อทีมแล้วก็นำไปติดตามบ้าน” นอกจากนี้ เครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรัง ในเขตเทศบาลนครตรังจะมีการสื่อสารผ่านประธานชุมชน สถานีวิทยุของเทศบาล และวารสารของเทศบาล เมื่อมีการเปลี่ยนแพทย์ประจำครอบครัวหรือหมอครอบครัว มีระบบการส่งต่อการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจและไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ในเบื้องต้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

2. การเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีการรับรู้คุณภาพการดูแลจากผู้ให้บริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก⁽¹⁶⁾ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้รับบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดตาก 4 ประเภท



คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ผลการศึกษากระบวนการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามหลัก เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจหลัก ผลการดำเนินการอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 80 คือให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอในเรื่องปัญหาความเจ็บป่วยและความกังวลของผู้ป่วย เคารพความคิดเห็นและความกังวลของผู้ป่วย รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี อธิบายและตอบคำถามให้ผู้ป่วยเข้าใจได้เป็นอย่างดี อธิบายถึงผลเสียและผลดีของวิธีการรักษาต่างๆ และให้ทางเลือกในการดูแลรักษา เมื่อพิจารณาเฉพาะการบริการ โรคเรื้อรังพบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยได้รับการข้อมูลเรื่องโรค การดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากคลินิกหมอครอบครัว ได้รับการติดตามต่อเนื่อง และได้รับการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมสร้างเสริมฟื้นฟูสุขภาพ โดยร้อยละ 95.30 ของผู้ป่วยมั่นใจและสามารถกลับไปดูแลตนเองหลังจากได้คำแนะนำจากคลินิกหมอครอบครัว ส่วนการบริการที่ยังดำเนินการได้ต่ำกว่าอย่างอื่น คือ ทีมคลินิกหมอครอบครัวมีการประเมินความเข้าใจโดยติดตามถึงบ้าน/โทรหลังให้คำแนะนำ (ร้อยละ 69.00)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีการรับรู้คุณภาพการดูแลจากผู้ให้บริการทุกด้านอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดต้นแบบในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Care Model)⁽¹⁷⁾ เหตุผลที่นำมาอภิปรายผลเพื่อสนับสนุนถึงผลลัพธ์ในการจัดบริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรัง เนื่องจากลักษณะการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะมีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน เรียกว่า “บริการคุณภาพ ใกล้บ้าน กลางใจ” เพื่อลดความแออัดของคนไข้ที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตรัง สำหรับการตรวจรักษาแบ่งเป็นการตรวจผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนจะตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โดยเน้นการให้บริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพื่อปรับยาเป็นหลัก ตลอดจนการตรวจรักษาโรคทั่วไป ปัจจุบันจะมีการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมด้วย ได้แก่ การตรวจตา และตรวจเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การให้บริการวัคซีน การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน ให้บริการวัคซีนเด็กในโรงเรียน การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการจัดการอาหารปลอดภัย สำหรับสถานที่ให้บริการเชิงรุกใช้สถานที่ที่ประชาชนมาได้สะดวก ตลอดจนได้รับความร่วมมือจากพื้นที่เอกชน ประกอบด้วย ที่ทำการชุมชน สนามกีฬา หอการค้าจังหวัด สวนสาธารณะ และวัด นอกจากนี้ มีการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน (Homeward) โดยมีกิจกรรมตามการดำเนินงานของบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยมีแผนปฏิบัติการครอบครัวในพื้นที่บริการ ถึงแม้ลักษณะกิจกรรมจะเป็นการดูแลรักษาพยาบาล แต่การลงไปเยี่ยมบ้านจะมีกิจกรรมที่ส่งเสริมและป้องกันโรคควบคู่ไปด้วย ประกอบด้วย บริการทำหัตถการให้กับผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การทำแผลกดทับ การเปลี่ยนสายให้อาหารทางจมูก และการสอนสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้กับผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การดูแลให้ออกซิเจนที่บ้าน บริการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมดูแลสุขภาพ



ผู้ป่วย โดยมีทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรม มีการประสานงาน การจัดตั้งศูนย์รับส่งต่อ เพื่อประสานและติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งหมดนี้เรียกว่า Green channel (คือหน่วยของโรงพยาบาลตรง ที่ตั้งขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้ามาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หรือโรงพยาบาลชุมชน โดยทำระบบนัดไว้ให้ล่วงหน้ากับหน่วยประสานงานส่งผู้ป่วยออกไปดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (ตำบลและชุมชน) จัดกลุ่มศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรคควบคุมการเกิดโรค การสอบสวนโรค และการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน การสร้างเครือข่ายจิตเวชชุมชน และการจัดการลดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ โดยการจัดช่องทางรับคำปรึกษาหรือรับนัดหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ ได้แก่ การจัดทำช่องทางเฟสบุ๊ก แอปพลิเคชัน ระบบโทรศัพท์รับคำปรึกษา เทคโนโลยีการสื่อสารสนเทศ มาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจให้กับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การจัดตั้งไลน์กลุ่มสำหรับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ มีการกำหนดแผนที่ครัวเรือน เพื่อสะดวกในการออกดำเนินงานในพื้นที่ชุมชน และการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย⁽¹⁰⁾ ผลลัพธ์การจัดบริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรง จากการสัมภาษณ์ นายแพทย์ไกรสร โดทับเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม พันธุ์เพ็งสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ให้ข้อมูลตั้งแต่ปี 2559-2562 จำนวนผู้ป่วย โรคเรื้อรังมารับบริการกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรง ที่เป็นลักษณะบริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตรงมีแนวโน้มที่ลดลง ร้อยละของความครอบคลุมในการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น มีผลดีทำให้เกิดการให้บริการทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการ เพราะการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่สามารถแยกส่วนได้ เช่น “ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ เมื่อทีมสหวิชาชีพของคลินิกหมอครอบครัวลงไปเยี่ยมที่บ้าน ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการรับประทานอาหารและยาที่ดีขึ้น มีคนดูแลผู้ป่วยที่ต้องทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก”⁽¹⁰⁾

ในส่วนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิศรีตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จากการสัมภาษณ์ นายสุนันท์ แก่นอินทร์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ ให้ข้อมูลว่า “ผลลัพธ์และปัจจัยแห่งความสำเร็จของเครือข่ายบริการปฐมภูมิศรีตรัง คือ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลตรง ที่เป็นหัวหน้าทีมจะมีส่วนร่วมในการทำประชามกับพื้นที่มีทุกภาคส่วน เช่น กรรมการในพื้นที่ ผู้นำชุมชน เทศบาล ผู้ใหญ่ กำนัน ประธานองค์กรต่างๆ ในหมู่บ้าน เข้ามาร่วม เช่น ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานสภาตำบล แกนนำสตรี ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์สำหรับผู้พิการ”⁽¹⁰⁾ สรุปว่าการอภิบาลระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้มีความยั่งยืนต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพแม่ข่าย องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน



การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ใน 2 ประเด็นหลัก คือ ปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง ของจังหวัดตรัง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่าหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิใช้แนวคิดหลักในการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ ประชาชนได้รับการขึ้นทะเบียนกับแพทย์และทีมสุขภาพประจำตัว (First Contact) มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care) และการบริการอย่างบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centred Care) โดยการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน⁽¹⁸⁾ และแนวคิดต้นแบบในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Care Model)⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแง่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การศึกษาต้นทุนต่อราย และการลงทุนที่คุ้มค่าในสัดส่วนต่อประชากร (Cost per Capital)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้เป็นหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยแนวคิดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการวางแผนองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 3 ด้านคือ ด้านบุคลากร (Staff) ด้านระบบบริการ (System) และด้านโครงสร้าง เครื่องมือ/ เครื่องใช้ (Structure)
2. การอภิบาลระบบของเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้มีความยั่งยืนต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพแม่ข่าย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน มีการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับตำบลและระดับอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้รับงบประมาณสนับสนุนงบจากสำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และสำนักวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization; 1978.



2. World Health Organization. Primary Health Care: A Framework for Future Strategic Directions. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชลอเดช, พุกฤษา บุญบุญ. สถานการณ์การพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547 – 2558. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (มสพช.); 2558.
4. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาทิป กะทา. ปรัชญาสุขภาพปฐมภูมิ. นิตยสารสุขภาพ. 2015; 1(1): 42-47.
5. ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. รายงานการติดตามโครงการติดตามประเมินผลนโยบายคลินิก หมอครอบครัว. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส); 2558.
6. โสภณ เมฆชน. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. Bervick D, et al. The triple aim: health, care, and cost. Health Affairs 27; 3: 759-769.
8. คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. แนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
9. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก. (ลง วันที่ 30 เมษายน 2562).
10. กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ฉัตรชัย ขวัญแก้ว, เสาวลักษณ์ คงสนิท. วิจัยนำร่องการ ปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. ตรัง: วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2562.
11. Hatcher L, O' Rourke N. Minimal sample size requirement. In: A step-by-step approach to Using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling. North Carolina: SAS Institute Inc; 2014. p. 9.
12. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : หจก.สามลดา; 2561.
13. Gomutbutrab P, Aramrat A, Sattapansri W, Chutima S, Tooprakai D, Sakarinkul P, Sangkhasilapin Y. Reliability and validity of a Thai version of assessment of chronic illness care (ACIC). J Med Assoc Thailand. 2012; 95(8): 1105-13.
14. Zeugfang D, Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Aramrattana C, Wensing M, Szecseny J, Krung K. Translation and validation of the PACIC+questionnaire: the Thai version. BMC Family Practice; 19: 123. Doi.org/10.1186/s12875-018-0801-y



15. กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ฉัตรชัย ขวัญแก้ว, พุทธิพงษ์ บุญชู. รายงานการวิจัยประเมินและถอดบทเรียนการดำเนินงานของ PCC ตามแนวคิด เรื่อง การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางพร้อมสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ต่อกระบวนการจัดบริการที่ได้รับ อำเภอเมืองจังหวัดตรัง. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2563.
16. วัฒนา ศรีวิชัย. การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก: ความคาดหวังการได้รับบริการสุขภาพ และความพึงพอใจ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล. บุรพาเวชสาร. 2561; 5(1): 64-82.
17. วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย (บรรณาธิการ). ถอดบทเรียน DHS South การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง. สงขลา: มูลนิธิสุขภาพภาคใต้; 2562.
18. World Health Organization. Framework on integrated, people-centered health services report by The secretary. Sixty-Ninth World Health Assembly, Provision agenda item 16.1; 2016.



การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำเขตอำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF A DRUG SAFETY SURVEILLANCE MODEL IN GROCERY STORES IN KAMALASAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: December 26, 2021

Revised: April 29, 2022

Accepted: May 2, 2022

อัจชญ์ สีหา¹, วรณภา สักคีศิริ²

Atcharee Seeha¹, Wanapa Saksiri²

บทคัดย่อ

การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำเขตอำเภออมลาลัย โดยเพิ่ม
 เครื่องข่ายในการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล วิธีดำเนินการวิจัย: การ
 วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มี 4 ระยะ ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน ศึกษา
 ข้อมูลอุบัติการณ์การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ อบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทบทวนความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค ระยะที่ 2 ขั้นตอน
 ปฏิบัติ ดำเนินการตามกระบวนการที่ตกลงร่วมกัน โดยสำรวจร้านชำเป็นทีมร่วมกับ อสม. และ
 เจ้าหน้าที่ และให้คำแนะนำผู้ประกอบการ มีการติดตามสำรวจร้านชำอีก 2 ครั้ง ระยะห่าง 1 เดือน
 เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต โดยศึกษาอุบัติการณ์
 การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ระยะที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ ส่งต่อข้อมูลการมี
 กระบวนการร่วมกันให้แต่ละพื้นที่เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล

ผลการศึกษา: จากการระดมความคิด มีความคิดเห็นตรงกันคือ ให้ อสม.มาช่วยในการสำรวจ
 ร้านชำโดยให้ความรู้ก่อนลงพื้นที่ ส่งจดหมายข่าวการใช้ยาอย่างเหมาะสมให้กับผู้ใหญ่บ้าน
 ทุกหมู่บ้าน และมีคนประสานงานให้การเฝ้าระวังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

สรุป: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมกันในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำ เป็นการเฝ้า
 ระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ช่วยเพิ่มศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่ และ อสม. ในการช่วย
 ดูแลสอดส่อง เฝ้าระวังและให้คำแนะนำร้านชำ โดยพบว่า รูปแบบนี้ช่วยลดการจำหน่ายยาที่ไม่
 เหมาะสมได้ และได้ร้านชำต้นแบบทั้งหมด 22 ร้าน

คำสำคัญ: การเฝ้าระวัง, การจำหน่ายยา, ร้านขายของชำ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ โรงพยาบาลอมลาลัย อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์



Abstract

This action research aimed to develop a drug safety surveillance model in grocery stores in Kamalasai District, Kalasin Province, through network monitoring in order to prevent improper drug usage. **Method:** The action research included 4 steps: planning, action, observing, and reflecting. The first step involved analyzing the misuse of drugs in grocery stores, and training and educating village health volunteers and health consumer protection officers. The second step was taking action together. The researchers, trained village health volunteers and health consumer protection officers visited grocery stores, and gave advice to store owners. Two additional visits with an interval of 1 month were made to monitor changes and to give further advice if necessary. The third step was an observation step focusing on the misuse of drugs in grocery stores. And the last step related to releasing the results of the research and to allow participants to reflect their opinions.

Results: After the brain storming, it was agreed that trained village health volunteers would be in charge of conducting the survey, sending newsletters regarding proper drug usage to every village headman, and coordinating a drug safety surveillance.

Conclusion: The developed drug safety surveillance model was to prevent improper drug selling in grocery stores. The model improved work potential of involving researchers and village health volunteers in term of monitoring and advising grocery stores. It was found that the developed model lowered improper drug selling, and at the end of the study, there were 22 safe grocery store models.

Keywords: Surveillance, Drug Selling, Grocery Store, Village Health Volunteer

¹Kamalasai Hospital, Kamalasai District, Kalasin Province

²Kamalasai District Health Office, Kalasin Province

Archaree_ning@hotmail.com



บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้การใช้อย่างสมเหตุผลเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศไทย ภายใต้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในสาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (Service Plan: Rational Drug Use) ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชนมีความซับซ้อน หลากหลาย และแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จากการสำรวจร้านชำในหมู่บ้าน 8 จังหวัด จังหวัดละประมาณ 20 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 195 หมู่บ้าน มีร้านชำ 775 แห่ง และกองทุนยาหมู่บ้าน 96 แห่ง พบว่า ร้านชำทุกแห่ง ขายยาอันตรายทุกแห่ง เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงจากการใช้ยา อาจทำให้เกิดการดื้อยาเกิดขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้และเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์⁽¹⁾ นอกจากนี้แล้วยังมีการศึกษาของนุชรินทร์ โทมามาเกี่ยวกับปัญหาขายยาในชุมชน 13 จังหวัด พบร้านชำที่จำหน่ายยาไม่เหมาะสมเฉลี่ย ร้อยละ 92 คือ ขายยาชุด, ยาปฏิชีวนะ, ยาต้านการอักเสบ ร้อยละ 0-75, 5-87 และ ร้อยละ 12-100 ของร้านค้าที่สำรวจ ตามลำดับ⁽²⁾ ยาเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลและควบคุมจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งตามกฎหมายแล้วร้านชำ ห้ามจำหน่ายยาอันตราย⁽³⁾ การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในชุมชนนั้นมีปัญหาเกี่ยวกับยาในชุมชนที่หลากหลาย ตั้งแต่การมีรายการยาที่ไม่เหมาะสมจำหน่ายในชุมชน การกระจายของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปน สเตียรอยด์ ดังนั้น เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นต่อคนในชุมชน จึงควรสร้างกลไกการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้มีข้อมูลสถานการณ์ความปลอดภัยด้านยาที่ชัดเจนของแต่ละพื้นที่ การใช้ข้อมูลสร้างการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน จะช่วยแก้ไขปัญหาความปลอดภัยด้านยาในชุมชน ให้เกิดการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป⁽⁴⁾

จากการสำรวจชุมชนในเขตอำเภออมลาลาย 1 หมู่บ้านในปี 2563 ทั้งหมด 14 ร้าน เพื่อศึกษาปัญหาเบื้องต้นพบการขายยาอันตรายในร้านชำทั้งหมด 2 ร้าน เช่น penicillin (ชื่อการค้า penicillin 500,000 IU), tetracycline (ชื่อการค้า GANOSPEC 500), piroxicam (ชื่อการค้า PIRCAM-20, POX) คิดเป็นร้อยละ 14.29 ตามกฎหมายในร้านค้าจะขายได้แค่ยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนาการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำ คือ การลงพื้นที่ให้คำแนะนำร้านชำโดยเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่และเภสัชกร แต่ไม่มีการลงพื้นที่เป็นทีม และไม่ได้มีการติดตามผลการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดแกนนำในการติดตามงานและประสานงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ร้านชำขาดความตระหนักกลับมาจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาเครือข่ายและจัดการความเสี่ยงโดยใช้ข้อมูลเป็นตัวขับเคลื่อนของเครือข่ายที่สำคัญในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค คือ อสม. มีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรส่วนท้องถิ่น อบ.ต. นอกจากนี้ยังอบรมผู้ประกอบการร้านชำเพื่อพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสนับสนุน โปสเตอร์ยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ พบว่า จำนวนร้านชำที่จำหน่ายลดลง⁽⁵⁾ จากร้อยละ 67.65 เหลือร้อยละ 32.16 จากการที่พบปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำอาจทำให้เกิด

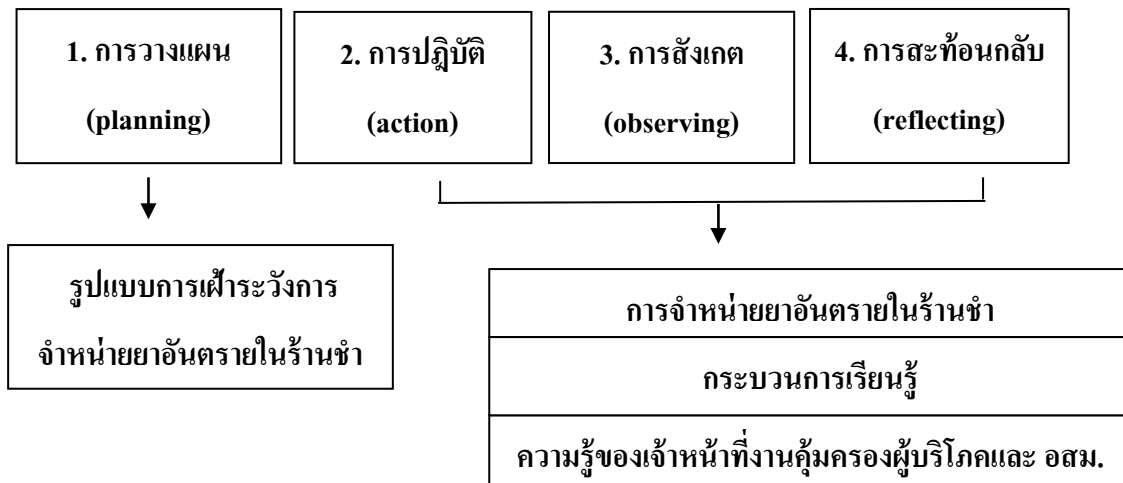


การใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมในชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังในร้านชำ เขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นรูปแบบงานวิจัยที่เหมาะสมกับการศึกษาที่ต้องการพัฒนารูปแบบหรือกระบวนการทำงาน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาบางอย่างของงานประจำ ทำให้กระบวนการทำงานที่ถูกพัฒนาขึ้นมีโอกาสเข้ากันได้กับสถานการณ์จริง⁽⁶⁾ มาใช้ในการพัฒนาการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาอันตราย ยาปฏิชีวนะ ยาแผนโบราณ ยาชุด ยาสเตียรอยด์ ในชุมชน เพื่อเกิดหมู่บ้านต้นแบบและลดปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ
2. เพื่อเปรียบเทียบการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำในชุมชนก่อนและหลังจากที่พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการใช้ยา
3. เพื่อส่งเสริมร้านชำให้ปลอดการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาอันตราย ยาปฏิชีวนะ ยาแผนโบราณ ยาชุด ยาสเตียรอยด์ ให้ได้ร้านชำต้นแบบคุณภาพที่ปลอดการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้แก่ 1. ขั้นตอนการวางแผน (planning) 2. ขั้นตอนปฏิบัติ (action) 3. ขั้นตอนการสังเกต (observing) 4. ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (reflecting) โดยในแต่ละขั้นตอนการวิจัยนั้นจะสอดแทรกหรือให้โอกาสผู้เข้าร่วมการศึกษาได้มีการสะท้อนความเห็นกลับ (reflective process) ระยะเวลาในการวิจัยเดือนเมษายน ถึง กันยายน 2564



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10 แห่ง ประกอบด้วย

1. รพ.สต. รัษฎา 2. รพ.สต. หนองบัว 3. รพ.สต. ท่าเพลิง 4. รพ.สต. สวนโคก 5. รพ.สต. สีถาน
6. รพ.สต. ข้าวหลาม 7. รพ.สต. หนองแปน 8. รพ.สต. เฉลิมพระเกียรติ โพนงาม 9. รพ.สต. นามล
10. รพ.สต. บ้านบึง และ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลกมลาไสย

2. **ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย**

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคือตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คนต่อ 1 หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคใน รพ.สต. 10 แห่ง และ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอ กมลาไสย และตัวแทนของผู้ประกอบการร้านค้า โดยเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า อสม.

1. ผู้ที่สามารถสื่อสารเข้าใจและยินยอมให้ข้อมูล
2. ผู้ที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบตามกำหนดระยะเวลา

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า เจ้าหน้าที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภค

1. ทำงานด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป
2. บุคลากรที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบตามกำหนดระยะเวลา

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า ตัวแทนของผู้ประกอบการร้านค้า

1. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจร้านค้าและยินยอมให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจร้านค้าปลีกของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. คำถามที่ใช้ในการประชุมทีมเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการ และคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคและ อสม.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีประสบการณ์งานเภสัชกรรมปฐมภูมิและคุ้มครองผู้บริโภคอย่างน้อย 5 ปี โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีดังนี้ 1. ผศ.ดร.กฤษณี สระมุณี คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2. ผศ.ดร.จิรัฐดา คำสีเขียว คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 3. ญ.จิราวรรณ พิษชาติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ข้อมูลที่ได้ถูกมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อถอดประเด็นที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อน ข้อจำกัด และสิ่งที่ควรพัฒนา ค่า IOC เท่ากับ 1 และมีการปรับเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นการใช้คำถามที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ความครอบคลุมของคำถามและสำนวนภาษาเหมาะสม และมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ⁽⁷⁾



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปความถี่เป็นร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประชุมและการสัมภาษณ์ทั้งจากการจดบันทึกโดยผู้วิจัยและจากการฟังเสียงบันทึก แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อถอดประเด็นที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (KLS.RECO42/2564) คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูลและเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (planning)

1. ผลการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ

จากสำรวจร้านชำในชุมชน ตำบลกมลาไสย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อให้ทราบปัญหาในร้านชำก่อนที่จะเริ่มประชุมเจ้าหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค พบว่าจากการสำรวจร้านชำ 14 ร้าน พบการขายยาอันตราย 2 ร้าน เช่น penicillin (ชื่อการค้า penicillin 500,000 IU), tetracycline (ชื่อการค้า GANOSPEC 500), piroxicam (ชื่อการค้า PIRCAM-20, POX)

2. ผลการรวบรวมกระบวนการการทำงานของทีมเจ้าหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับการทำงานในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำร้านชำในชุมชน

การทำงานของเจ้าหน้าที่ทีมคุ้มครองผู้บริโภคในปัจจุบันจากการประชุมระดมความคิดประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข 5 คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข 3 คน แพทย์แผนไทย 3 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน เกษตรกร 2 คน รวมทั้งหมด 14 คน โดยทีมงานให้ข้อมูลว่าที่ผ่านมาทางทีมคุ้มครองผู้บริโภคมีการให้คำแนะนำในร้านชำร้านชำในเขตที่รับผิดชอบทุกๆ ปี ตามช่วงเทศกาลสำคัญ และช่วงมีคำสั่งให้ลงไปติดตามในประเด็นที่เกี่ยวข้อง แต่การที่ไม่ได้ไปติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระหว่างปีก็ทำให้บางร้านค้ากลับมาจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมอีกครั้ง ส่วนมากยาที่จำหน่ายเป็นพวดยาสามัญประจำบ้าน เช่น พาราเซตามอล ยาแดง ยาเหลือง สำลี แอลกอฮอล์ พลาสเตอร์ ยาหม่อง ยาคุม ส่วนยาอันตรายจำหน่ายเป็นบางร้าน เช่น ทีพีพี คีคอลเจน ป๊อก เพียแคม เพนนิซิลิน 5 แส่น ตัวอย่างความคิดเห็นจากที่ประชุมที่ว่า

“เราก็ให้คำแนะนำร้านค้า แต่ไม่ได้ไปตลอดทั้งปี ไปแบบห่างๆ ตามหน้าเทศกาล ซึ่งอาจทำให้บางร้านหย่อนยานในเรื่องนี้จึงกลับมาขายอีกเพราะเจ้าหน้าที่ไม่ได้มาดู” (ทีมคุ้มครองผู้บริโภคคนที่ 3)



“เห็นด้วยค่ะ ทีมงานของเรากำลังพื้นที่ให้คำแนะนำทุกปี แต่ไม่ได้ไปติดตามผลที่เราเคยแนะนำ
 ว่ายังขายยาที่ห้ามขายอยู่นี้” (ทีมคุ้มครองผู้บริโภคคนที่ 4)

ความคิดของทีมเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยในร้านชำในชุมชน

ทีมส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควรมีเครือข่ายในการเฝ้าระวังในการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมใน
 ร้านชำในชุมชน เพราะขาดความครอบคลุมในการเฝ้าระวังโดยปกติเวลาลงพื้นที่จะมีพนักงาน
 เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่และเภสัชกร แต่ขาดภาคีเครือข่าย เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ซึ่งม
 ความคุ้นเคยกับร้านชำเป็นอย่างดี เข้าถึงได้ง่ายในการให้ข้อมูลและการให้คำแนะนำ แต่ต้องเพิ่ม
 ศักยภาพด้านความรู้ ด้านยาให้เข้าใจสามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง มีการสื่อสารกับผู้นำชุมชนใน
 หมู่บ้านเพื่อให้ทราบสถานการณ์การใช้ยาในชุมชน โดยนำเรื่องเข้าวาระการประชุมประจำเดือนและทำ
 จดหมายข่าวประชาสัมพันธ์การใช้ยาอย่างเหมาะสมในชุมชนให้กับผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน โดยประกาศ
 เสียงตามสาย ตัวอย่างความคิดเห็นจากที่ประชุมที่ว่า

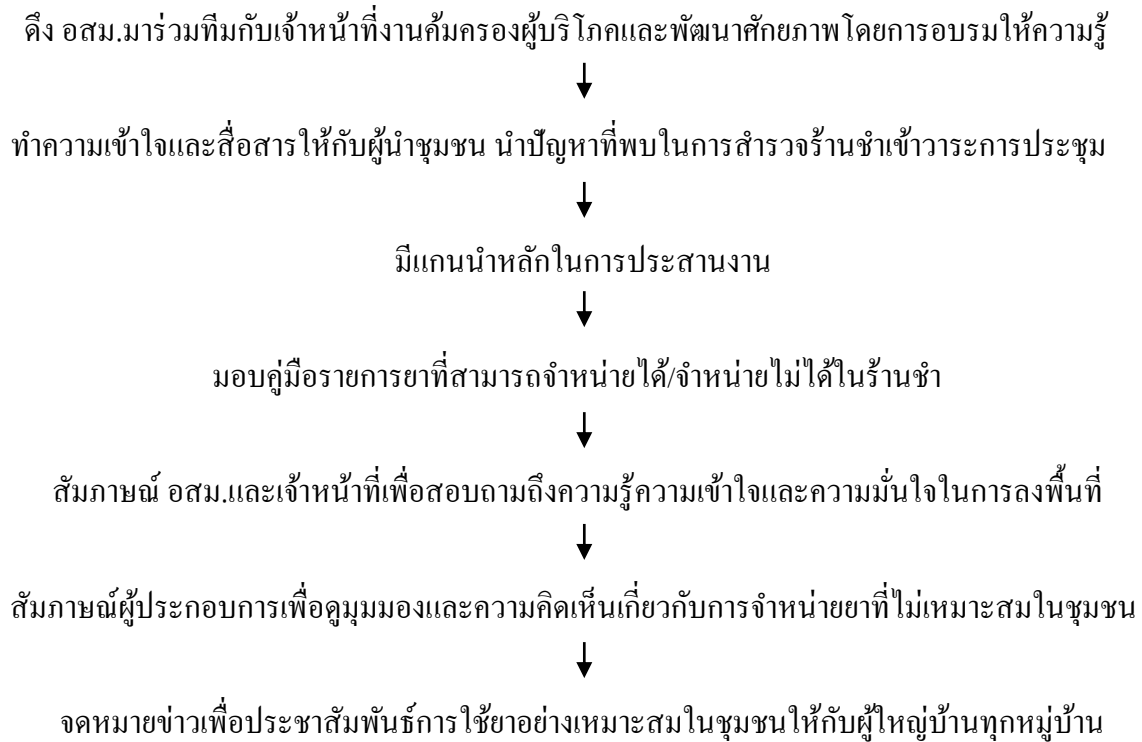
“เห็นด้วยกับทีม ในการดึงเอา อสม.มาช่วยในเรื่องนี้ แต่เราต้องให้ความรู้เรื่องยากับเค้าก่อน
 ให้เค้ามีอาวุธติดตัว เพื่อที่เค้าจะได้ให้ข้อมูลแก่ร้านค้าอย่างถูกต้อง” (ทีมคุ้มครองผู้บริโภคคนที่ 5)

“การประชาสัมพันธ์อาจเป็นเสียงตามสายทุกเช้าให้คนในหมู่บ้านรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการ
 ใช้ยาอย่างสมเหตุผลก็เป็นอีกทางที่อาจช่วยได้ อย่างน้อยชาวบ้านเค้าฟังข้อมูลที่เรานำไป เค้าก็
 ระมัดระวังในการซื้อยามาใช้มากขึ้น” (ทีมคุ้มครองผู้บริโภคคนที่ 1)

รูปแบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำในชุมชนมีดังนี้คือ จากการประชุม
 เกิดการระบุปัญหาของกระบวนการในการทำงานในปัจจุบันและมีแนวทางที่วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา
 เพื่อให้งานต่อเนื่อง โดยสรุปมีกิจกรรมเด่นๆ ดังนี้คือ (1) การให้ความรู้ อสม. และทบทวนความรู้เรื่อง
 ยา มาตรฐานร้านชำรวมถึงกฎหมายที่กำหนดโทษกรณีที่ร้านชำจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายให้กับ
 เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค โดยจัดประชุม 1 ครั้ง/1 รพ.สต. มีทั้งหมด 10 รพ.สต. และใน
 โรงพยาบาลกมลลาไสย (2) อธิบายขั้นตอนในการลงพื้นที่ร้านชำในหมู่บ้านให้ อสม.และเจ้าหน้าที่งาน
 คุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้แบบสำรวจร้านค้าปลีกของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดย
 แบบฟอร์มประกอบด้วย มีการขายยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ ยาอันตรายอื่นๆ นอกจากยาปฏิชีวนะและ
 ยาสเตียรอยด์ หรือไม่ ถ้ามีให้ระบุชื่อยา โดยสำรวจร้านชำอย่างน้อย 5 ร้านต่อเขตพื้นที่ รพ.สต.และ
 หน่วยบริการปฐมภูมิ จากทั้งหมด 192 ร้านที่จำหน่ายยาเป็นร้านที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจและ
 ยินยอมให้สัมภาษณ์และอยู่ครบกำหนดระยะเวลาวิจัยเพื่อเป็นการนำร่องก่อน เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์
 ผู้ประกอบการร้านชำเกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องการจำหน่ายยาในร้านชำ มีการติดตามสำรวจร้านชำอีก
 2 ครั้ง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไข ระยะห่าง 1 เดือน เพื่อศึกษาการ
 เปลี่ยนแปลง โดยใช้แบบสำรวจชุดเดิม โดยการติดตามครั้งที่ 2 จะเป็นทีมชุดเดิมกับครั้งที่ 1 แต่ครั้งที่ 3
 จะเป็นทีมชุดเดิมเพิ่มเติมคือ เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ สสอ. ที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นแกนหลัก



ในการประสานงานเพื่อหาร้านชำต้นแบบที่ปลอดภัยจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่าย (3) มอบตัวอย่างรายการยาสามัญประจำบ้าน-รายการยาที่ห้ามจำหน่ายให้แก่ร้านชำ (4) มีการทำความเข้าใจและสื่อสารให้กับผู้นำชุมชนโดยนำเรื่องปัญหาที่พบในการสำรวจร้านชำ เข้าร่วมการประชุมประจำเดือนของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อได้รับทราบข้อมูลในพื้นที่ (5) การจัดทำจดหมายข่าวเพื่อประชาสัมพันธ์ทุกหมู่บ้านโดยประกาศตามเสียงตามสาย ดังภาพที่ 1



ความต้องการของทีมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

ทีมให้ความเห็นว่าควรจัดประชุมอบรมแกนนำ อสม.และเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคในทุกๆ ปี เป็นการทบทวนเนื้อหาความรู้ ส่วนการที่จะให้เกิดการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนั้นนอกจากจะมีการสร้างทีมแล้ว ต้องมีแกนหลักในการประสานงานคือ เกษีชกร และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค มีการประชุมติดตามสอบถามปัญหาและการดำเนินงานอยู่เสมอ ถ้ามีข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์ที่ห้ามจำหน่ายให้แจ้งได้ทางไลน์กลุ่มเพื่อจะได้ติดตามได้รวดเร็ว ตัวอย่างความคิดเห็นจากที่ประชุมที่ว่า

“เห็นด้วยค่ะ ควรมีแกนนำหลักในการติดตามการทำงานในแต่ละ รพ.สต. อาจจะเป็นเภสัช และเจ้าหน้าที่ใน สตอ. โดยอาจมีการนัดประชุมตามความเหมาะสม 3 - 4 เดือนประชุมที เพื่อให้มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง” (ทีมคุ้มครองผู้บริโภคคนที่ 3)



“ความรู้ที่ได้เพิ่มในส่วนของบทลงโทษในการขายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ และพวดยาเสื่อมคุณภาพก่อนที่จะหมดอายุคดียังไง เราสามารถแนะนำต่อได้” (เจ้าหน้าที่คนที่ 1)

ความคาดหวังในการลงพื้นที่ในการสำรวจและแนะนำร้านชำ เป็นการเพิ่มประสบการณ์ในการทำงานด้านการเฝ้าระวังด้านยา มีการทำงานเป็นทีมการช่วยเหลือกันให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย ผู้ประกอบการตื่นตัวมีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคมากขึ้น นอกจากนี้แล้ว อสม.และเจ้าหน้าที่ รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงในตัวเองคือ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและญาติ เข้าใจถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน มีความมั่นใจในการให้ข้อมูลมากขึ้น มีการทำงานเป็นทีมคอยช่วยเหลือและพึงพอใจในกิจกรรมที่จัดขึ้น ตัวอย่างความคิดเห็นจากที่ประชุมที่ว่า

“มีความมั่นใจในการให้ข้อมูลกับร้านชำได้มากขึ้น เพราะได้มีการทบทวนความรู้และได้ความรู้ใหม่ๆ เพิ่มขึ้น” (อสม.คนที่ 3)

“พอใจในการอบรมครั้งนี้เป็นอย่างมาก แต่อยากให้อบรมเป็นระยะๆ เพราะนานไปอาจลืมได้” (อสม.คนที่ 10)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติ (action)

จากการสำรวจร้านชำในเขตรับผิดชอบในแต่ละเขต รพ.สต. 10 แห่ง 1 หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเลือกแบบเจาะจงเฉพาะร้านที่มีการจำหน่ายยา ทั้งหมด 95 ร้านชำ จากร้านชำทั้งหมด 192 ร้าน พบว่า 45 ร้านชำที่มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่ง 5 อันดับแรกคือ penicillin 500,000 IU รองลงมาคือ POX, PIRCAM-20, GANOSPEC 500 และ T.C Mycin ตามลำดับ หลังจากให้คำแนะนำรายการยาที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำ มีการประเมินความรู้ความเข้าใจในการจำหน่ายยาในร้านชำโดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการ ตัวอย่างความคิดเห็นที่ว่า

“ก็พอรู้ยู่เนาะพวดยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งเราก็คุลลากเอาเวลาไปซื้อมาขายเพราะมันเขียนบอกไว้” (ผู้ประกอบการคนที่ 1)

“ป๊อก เพี้ยแคม ขายไม่ได้ เป็นยาห้ามขาย ขายได้พวดยาสามัญประจำบ้าน” (ผู้ประกอบการคนที่ 2)

ผลของการอบรมให้ความรู้แก่ อสม.และเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค

จากการประชุม 11 ครั้ง ในพื้นที่ 10 รพ.สต. 1 หน่วยบริการปฐมภูมิ มีตัวแทน อสม.เข้าประชุม 130 คน และเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคและเจ้าหน้าที่ที่สนใจ ทั้งหมด 15 ท่าน รวมผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 145 ท่าน ผลการสัมภาษณ์ อสม.และเจ้าหน้าที่หลังจากอบรมความรู้และขั้นตอนในการดำเนินการ อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้น เช่น สภาพของยาที่เสื่อมคุณภาพ การคุลลากยา และเป็นการทบทวนรายการยาที่จำหน่ายได้และจำหน่ายไม่ได้ในร้านชำ จากตัวอย่างความคิดเห็นจากที่ประชุมที่ว่า



“ความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม เวลาซื้อยากินเองหรือแนะนำคนอื่นก็ดูฉลากเป็น รู้ว่าตัวไหนขาย
ได้ขายไม่ได้ ยาแบบไหนเสื่อมคุณภาพเราก็ดูได้ แนะนำได้” (อสม.คนที่ 1)

“รู้ว่าอะไรที่ไม่ควรมาจำหน่าย เช่น ยาชุด ยาอันตราย รู้การดูแลร้าน จัดร้านให้เหมาะสม”
(อสม.คนที่ 2)

พบสาเหตุที่ร้านชำจำหน่ายยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านเพราะต้องการตอบสนองความ
ต้องการของคนในชุมชนที่ทราบคืออยู่แล้วที่ไม่สามารถจำหน่ายยาเหล่านี้ได้ แต่ก็ยังมีบางส่วนที่
เห็นความสำคัญในการไม่จำหน่ายยาอันตรายในชุมชน ความคาดหวังของผู้ประกอบการในการ
สนับสนุนของภาครัฐนั้นมีบางส่วนที่ยังอยากจำหน่ายยานอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้าน ส่วนการ
เปลี่ยนแปลงในตัวเองและความพึงพอใจของผู้ประกอบการหลังจากเจ้าหน้าที่และ อสม.ให้คำแนะนำ
ความรู้ในร้านชำพบว่า ร้านชำระมัดระวังตัวเองและให้ความสำคัญกับการคัดเลือกยามาจำหน่ายใน
ร้านชำมากขึ้น กลัวการถูกปรับจากการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายและมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ และ
อสม.ลงคำแนะนำ ตัวอย่างความคิดเห็นที่ว่า

“ในส่วนตัวคิดว่า ตัวเองก็ให้ความสำคัญกับเรื่องการเลือกยาเข้ามาขายมากขึ้น จากเดิมเอา
ยาอะไรมาก็ได้ตามความต้องการของลูกค้า แต่พอรู้เยอะขึ้น เจ้าหน้าที่ก็ย้ำแล้วย้ำอีกในเรื่องนี้ ก็ทำให้
ใส่ใจมากขึ้น” (ผู้ประกอบการคนที่ 3)

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (observing)

จากการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำโดยเจ้าหน้าที่ และ อสม.
ลงพื้นที่ให้คำแนะนำผู้ประกอบการเกี่ยวกับมาตรฐานร้านชำในประเด็น ยาที่จำหน่ายได้และจำหน่าย
ไม่ได้ มีการมอบคู่มือยาที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำ เช่น ยาสามัญประจำบ้าน และรายการยาที่ห้าม
จำหน่ายให้แก่ร้านชำ โดยมีการติดตาม 3 ครั้ง ระยะห่างแต่ละครั้งใช้เวลา 1 เดือน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของร้านชำที่พบการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมจากการสำรวจ

(n = 95)

หัวข้อ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม	45 (47.37)	30 (31.58)	23 (24.21)

จากตารางที่ 1 การติดตามร้านชำ 95 ร้านชำ พบว่าร้านชำจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ
47.37 พบว่า 45 ร้านชำที่มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่ง 5 อันดับแรกคือ penicillin 500,000 IU
รองลงมาคือ POX, PIRCAM-20, GANOSPEC 500 และ T.C Mycin ตามลำดับ ได้มีการพัฒนารูปแบบ
ร่วมกัน โดยให้คำแนะนำผู้ประกอบการเกี่ยวกับมาตรฐานร้านชำในประเด็น ยาที่จำหน่ายได้และ
จำหน่ายไม่ได้ กฎหมายที่กำหนดโทษกรณีจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ และมอบรายการเพื่อ



เป็นตัวอย่างไว้ในร้านชำ หลังจากนั้น ประมาณ 1 เดือน ลงติดตามพบว่าในการสำรวจครั้งที่ 2 ร้านชำจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 31.58 และครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 24.21

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของร้านชำที่พบการจำหน่ายยาแยกตามประเภทที่ไม่เหมาะสมจากการสำรวจ (n=45)

ประเภทยา	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ยาปฏิชีวนะ	45 (100.00)	30 (66.67)	23 (51.11)
ยากลุ่ม NSAIDs เช่น POX, PIRCAM-20	45 (100.00)	27 (60.00)	23 (51.11)

ตารางที่ 2 แสดงประเภทของยาที่ไม่เหมาะสมในการสำรวจ 45 ร้านชำ ยาปฏิชีวนะที่พบ เช่น Penicillin 500,000 IU, GANOSPEC 500, T.C Mycin ในการสำรวจร้านชำครั้งที่ 1 พบยาปฏิชีวนะ 45 ร้านชำ คิดเป็นร้อยละ 100 ในการสำรวจครั้งที่ 2 หลังจากให้คำแนะนำพบ 30 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และครั้งที่ 3 พบ 23 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 51.11 ส่วนยากลุ่ม NSAIDs เช่น POX, PIRCAM-20 ในการสำรวจร้านชำครั้งที่ 1 พบ 45 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 100 ในการสำรวจครั้งที่ 2 หลังจากให้คำแนะนำพบ 27 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 60 และครั้งที่ 3 พบ 23 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 51.11

ผลการวิจัยระยะที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (reflecting)

ผู้วิจัยคืบงานวิจัยให้เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคในแต่ละ รพ.สต. และ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยจัดประชุมเสนอผลการดำเนินงานให้กับ อสม. ผู้ประกอบการ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาต่อไป ความคิดเห็นของทุกฝ่ายในการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่เองและ อสม. มีความคิดเห็นว่าการทำงานเป็นทีมทำให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ มีการสื่อสารทำความเข้าใจให้ข้อมูลกับผู้นำชุมชนให้รับทราบปัญหาการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำและควรมีแกนหลักในการประสานงานเพื่อติดตามงานอย่างต่อเนื่อง มีความรู้เพิ่มขึ้นจากการอบรมแต่ควรมีการอบรมเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ ในส่วนของผู้ประกอบการนั้นมีทั้งส่วนที่ตระหนักและไม่ตระหนักในการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ และมีการมอบป้ายร้านชำต้นแบบทั้ง 22 ร้านชำที่ปลอดการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาอันตราย ยาปฏิชีวนะ ยาชุด ยาสเดียรอยด์

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมกันในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำ เป็นการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ เพื่อมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่และ อสม. ในการช่วยดูแลสอดส่อง เฝ้าระวังและให้คำแนะนำร้านชำ ทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชนในเรื่องการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ มีแกนนำที่คอยสอบถามการทำงานเป็นระยะๆ และเป็นตัวประสานงานให้การ



เผื่อระวังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมลงได้ในการสำรวจร้านชำจากครั้งที่ 1-3 และได้ร้านชำต้นแบบในการลดการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม และมีความปลอดภัยทั้งหมด 22 ร้านชำ จากการพัฒนารูปแบบร่วมกันในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่และ อสม. ได้ทำงานเป็นทีม มีความรู้ความเข้าใจ ความมั่นใจในการให้คำแนะนำการจำหน่ายยาที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในร้านชำ ในส่วนของผู้ประกอบการนั้นยังคงมีบางส่วนที่ไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยในการใช้ยาในร้านชำ ทั้งนี้กระบวนการนี้ยังคงต้องมีการพัฒนาต่อไปและขยายผลไปยังร้านชำอื่นๆ เพื่อให้ผู้ประกอบการและคนในชุมชนมีความตระหนักในเรื่องนี้มากยิ่งขึ้นเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาในร้านชำในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

การเผื่อระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำ มีการพัฒนารูปแบบร่วมกัน ดังนี้

1. ก่อนมีรูปแบบร่วมกัน มีการลงพื้นที่ให้คำแนะนำร้านชำโดยเจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภค เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่และเภสัชกร แต่ไม่มี อสม.ลงพื้นที่เป็นทีม และไม่ได้มีการติดตามผลการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ขาดแกนนำในการติดตามงานและประสานงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ร้านชำเกิดความหือยานกลับมาจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมอีก ส่งผลให้การทำงานในเผื่อระวังการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำไม่ต่อเนื่อง

2. หลังจากการพัฒนารูปแบบการเผื่อระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำมีรูปแบบดังนี้คือ มีการดึง อสม.มาร่วมทีมกับเจ้าหน้าที่ เป็นการทำงานเชิงรุก ให้ความสำคัญกับ อสม.ในการทำงานเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่ พัฒนาศักยภาพของ อสม. และเจ้าหน้าที่โดยการอบรมให้ความรู้ เพื่อให้มีความมั่นใจในการลงพื้นที่และสามารถแนะนำผู้ประกอบการและคนในชุมชนได้ มีการทำความเข้าใจและสื่อสารให้กับผู้นำชุมชน โดยนำเรื่องปัญหาที่พบในการสำรวจร้านชำ เข้าวาระการประชุมประจำเดือนของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้รับทราบข้อมูลในพื้นที่ มีแกนนำหลักในการประสานงานคือ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค คอยติดตามสอบถามปัญหาและการดำเนินงานอยู่สม่ำเสมอ เพื่อให้การทำงานดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง มีการมอบคู่มือยาที่สามารถจำหน่ายได้ และรายการยาที่ห้ามจำหน่ายให้แก่ร้านชำ มีการสัมภาษณ์ อสม.และเจ้าหน้าที่เพื่อสอบถามถึงความมั่นใจในการลงพื้นที่ ความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยาในร้านชำ มีการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการเพื่อคูลมมองและความคิดเห็นเกี่ยวกับการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน นอกจากนี้ยังจัดทำจดหมายข่าวเพื่อประชาสัมพันธ์การใช้ยาอย่างเหมาะสมให้กับผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน โดยประกาศเสียงตามสายเพื่อให้ประชาชนตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการระดมความคิดจากกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อมาปรับปรุงวิธีการทำงานให้ดีขึ้น มีการอบรมให้ความรู้ อสม. และเจ้าหน้าที่ มีการทำงานเป็นทีม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย อาศัยการสร้างภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับความสำเร็จในการ



พัฒนาร้านปลอดการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาอันตราย ยาปฏิชีวนะ ยาชุด ยาสเตียรอยด์ เพื่อแก้ไขปัญหามานุษยชน ซึ่งตรงกับการศึกษาของชนพงษ์ ภูผาลี และคณะ⁽⁸⁾, วิษณุ ยี่งยอด⁽⁵⁾, ปัทมาพร ปัทมาสราวุธ และรุ่งทิพา หมื่นป่า⁽⁹⁾ นอกจากนี้แล้วการพัฒนาารูปแบบร่วมกันในการเฝ้าระวังการจำหน่ายที่ไม่เหมาะสมในร้านชำ ส่งผลให้ร้านชำมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมลดลงจากร้อยละ 47.37 ก่อนการพัฒนาารูปแบบร่วมกัน เหลือร้อยละ 24.21 ในการสำรวจครั้งที่ 3 หลังจากที่มิมีเจ้าหน้าที่และ อสม.ลงพื้นที่ให้คำแนะนำตามมาตรฐานร้านชำ ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ประกอบการและได้ร้านชำต้นแบบในการปลอดการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมาพร ปัทมาสราวุธ และรุ่งทิพา หมื่นป่า ที่สำรวจการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำครั้งที่ 1-4 พบการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และได้ร้านชำต้นแบบ 25 แห่งคิดเป็นร้อยละ 55.60 ของร้านชำทั้งหมด 45 ร้านชำ หลังการอบรมและหลังจากที่ทำกิจกรรมร่วมกัน เจ้าหน้าที่และ อสม.มีความคิดเห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมคือ มีการทบทวนความรู้ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างตัวของ อสม. และเจ้าหน้าที่ มีการทำงานกันเป็นทีม ได้รับรู้และทราบความต้องการของผู้ประกอบการ ในส่วนของผู้ประกอบการเองนั้นยังมีความต้องการในการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำเพื่อตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นในมิติการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และเจ้าหน้าที่ในการทำงานเป็นหลักในการลงพื้นที่แนะนำผู้ประกอบการ ในอนาคตควรมีการอบรมผู้ประกอบการและวัดความรู้ของผู้ประกอบการเพื่อให้ผู้ประกอบการมีความตระหนักในเรื่องการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำมากยิ่งขึ้น ควรขยายผลรูปแบบการจัดการร้านชำต้นแบบไปยังร้านชำส่วนที่เหลือต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. ลือชัย ศรีเงินยวง. การมีส่วนร่วมของชุมชน: ยุทธศาสตร์ใหม่ของการพัฒนา.(สาธารณสุข)ชนบท ในรวมบทความพัฒนางานสาธารณสุข สุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
2. นุชรินทร์ ไตมาชา. ปัญหาในชุมชนและทางออก : ข้อมูล 13 จังหวัด ยืนยันความเสี่ยงจากยาไม่เหมาะสมในชุมชน. ยาวิพากษ์. [ออนไลน์]. 2556 [2564 กุมภาพันธ์ 4] ; แหล่งที่มา : <http://www.thaidrugwatch.org/download/series/series17.pdf>



3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. [ออนไลน์]. 2553 [2564 กุมภาพันธ์ 4]; แหล่งที่มา : <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%c04-20-9999-update.pdf>
4. คณะทำงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน [ออนไลน์]. [2564 กุมภาพันธ์ 5]; แหล่งที่มา : <http://wwwno.moph.go.th/pharmacy/images/pdf/2020/01/RDU24.12.62.pdf>
5. วิษณุ ยี่ยอด. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. [ออนไลน์]. 2560 [2564 กุมภาพันธ์ 4]; แหล่งที่มา : <http://C:/Users/HP/Downloads/FCPL1-all.pdf>
6. วีระยุทธ์ ชตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558;2(1):29-49.
7. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, ชญาภา วันทุม. การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2560;11(2):105-111.
8. ธนพงษ์ ภูผาลี และคณะ. รูปแบบการพัฒนาร้านชำแบบชุมชนมีส่วนร่วม ต.โพนสูง จ.สกลนคร. วารสารอาหารและยา. 2557.
9. ปัทมาพร ปัทมาสารวุธ, รุ่งทิพา หมื่นป่า. การพัฒนาร้านชำต้นแบบจากโครงการประชารัฐร่วมใจส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563; 12(3):601-611.



การศึกษาความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient) ของประชาชนไทยในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

THE STUDY OF THAI PEOPLE RESILIENCE QUOTIENT DURING THE COVID-19 OUTBREAK

Received: March 18, 2022

Revised: April 29, 2022

Accepted: April 30, 2022

ประภาศรี ปัญญาวิชรัชย์¹, กวมัย กาญจนจิรากร¹

Prapasri Punyavachirachai¹, Pawamai Kanchanajirangkura¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจตามปัจจัยชีวสังคมและผลกระทบจากโควิด-19 ของประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และเพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไป 1,537 คนและกลุ่มเสี่ยง 2,017 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจออนไลน์ ตั้งแต่กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test และความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจในภาพรวมของประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไปอยู่ระดับเกณฑ์ปกติ ($\bar{X}=57.98\pm 7.17$) และกลุ่มเสี่ยงอยู่ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ($\bar{X}=54.16\pm 8.79$) ภูมิภาค อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้สึกรวิตกกังวลและผลกระทบจากโควิด-19 ต่างกันมีความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไปมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นควรส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยชีวสังคมและผลกระทบจากโควิด-19

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ, ประชากรวัยทำงาน, โควิด-19

¹ กระทรวงสาธารณสุข



Abstract

This cross-sectional survey aimed to study the resilience quotient level among a work-force age general group and a COVID-19 infected risk group, to compared the resilience quotient score due to biosocial factors and the impact of COVID-19 outbreak among a work-force age general group and a COVID-19 infected risk group, and to compare the resilience quotient among work-force age general group and COVID-19 infected risk group. Data were collected from 3,554 participants using stratified random sampling. Resilience was measured by the online resilience quotient assessment between February and August, 2021. The data was analyzed by Descriptive Statistics, Independent t-test and One way ANOVA.

The findings showed that the level of resilience of a work-force age general group was at the “normal” level ($\bar{X}=57.98\pm 7.17$) and a COVID-19 infected risk group was at the “lower than normal” level ($\bar{X}=54.16\pm 8.79$). Difference region, age, marital status, education level, career, feeling of anxiety from the situation of the COVID-19 outbreak and impact of COVID-19 had a significantly difference resilience scores (p -value $< .05$). A work-force age general group had a significantly higher resilience mean score than a COVID-19 infected risk group (p -value < 0.05). This research suggested that the resilience could be promoted following the biosocial factors and the impact of the COVID-19 outbreak.

Keywords: Resilience, work-force people, COVID-19

¹Ministry of Health

บทนำ

โรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อที่มีจำนวนผู้ป่วยขยายตัวอย่างรุนแรงและรวดเร็วในแทบทุกทวีป ทุกเชื้อชาติ ไม่เว้นแม้แต่ประเทศไทย ถือได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่น่าเป็นห่วงระหว่างประเทศ สร้างความเสียหายไปแทนทุกมิติของสังคม โดยผลลัพธ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นมาจากมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่นำไปสู่ผลกระทบต่อประชาชนอย่างมากมาย เช่น การตรวจจุดคนหมู่มากเดินทางที่สนามบิน มาตรการกำหนดการสวมหน้ากากอนามัย การแยกห่างทางกายภาพ การหยุดบิน หยุดเรียน ปิดศูนย์การค้า ปิดตลาด ปิดสถานเริงรมย์ งดเว้นการจัดประชุมสัมมนา โรงงานและโรงแรม หยุดกิจการ ธุรกิจการท่องเที่ยว⁽¹⁾ และผลที่ตามมา เช่น ประชาชนเกิดการตกงานอย่างกว้างขวาง ขาดรายได้ ความไม่มั่นคงทางการเงิน และส่งผลกระทบต่อด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี^(2, 3, 4, 5)



ขณะเดียวกันมีรายงานการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการระบาดใหญ่ของโควิด-19 กับความเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต (เช่น โรคจิตเภท ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความตื่นตระหนก โรคเครียดเฉียบพลัน การฆ่าตัวตาย) ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข^(4, 6) และการรับรู้ถึงภัยคุกคามจากการระบาดใหญ่โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต⁽⁷⁾ นอกเหนือจากนี้ในผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคโควิด-19 อาจทำให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์อย่างรุนแรง ความกลัวต่อโรคโควิด-19 ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความโกรธ⁽⁸⁾

ในขณะที่การตอบสนองวิกฤตทางจิตวิทยาสำหรับโควิด-19 มุ่งเน้นไปที่การรักษาเสถียรภาพทางอารมณ์ เฝ้าระวังน้ำกับความเสี่ยง การติดตามความทุกข์และการเพิ่มของการจัดการ⁽⁸⁾ การให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมการพัฒนาปัจจัยปกป้อง (protective factors) ที่จะลดผลกระทบทางอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากเหตุการณ์เครียด ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยป้องกัน (prevention factors) สำคัญที่จำเป็นสำหรับการตอบสนองแบบปรับตัวของแต่ละบุคคลในสถานการณ์ที่ตึงเครียด เช่น การระบาดใหญ่และการปิดประเทศ เป็นต้น⁽⁹⁾

ความเข้มแข็งทางใจ หรือพลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้⁽¹⁰⁾ และอาจช่วยให้บุคคลรับมือกับความทุกข์ยากและลดผลกระทบจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจต่อสุขภาพจิต⁽¹¹⁾ และพบว่าความเข้มแข็งทางใจนั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสภาวะทางจิต หากบุคคลมีความเข้มแข็งทางใจที่สูงสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่ต่ำ ในทางกลับกันหากบุคคลมีความเข้มแข็งทางใจน้อยกว่าก็จะแสดงความยากลำบากต่อการรับมือกับความท้าทายทางอารมณ์ของสถานการณ์โควิด-19 มากขึ้นและใช้เวลาในการฟื้นตัวในระดับต่ำและมีความวิตกกังวลต่ำด้วย^(7, 12)

จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2563) ประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี เป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนมากถึง 56.77 ล้านคน⁽¹³⁾ เป็นกลุ่มแรกที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม หากสามารถดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงานให้เป็นผู้มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงสูงกว่าเกณฑ์ปกติจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาวิกฤตหรือความยากลำบากที่เข้ามาในชีวิต เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวและหาวิธีจัดการกับปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี อีกทั้งเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนพัฒนาประเทศในภาพรวม และที่ผ่านยังไม่มีการศึกษาความเข้มแข็งทางใจของประชากรวัยทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยชีวสังคม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และเพื่อออกแบบ กิจกรรม/ โปรแกรมด้านส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจที่มีความสัมพันธ์



กับปัจจัยชีวิตสังคม เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ เช่น กรณีของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือวิกฤตต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งทางใจของประชากรวัยทำงาน ทั้งในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจตามปัจจัยชีวิตสังคมและผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจตามปัจจัยชีวิตสังคมและผลกระทบจากโควิด-19 ของประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และเพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไป 1,537 คนและกลุ่มเสี่ยง 2,017 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นประชากรวัยทำงานของประเทศไทย จากสรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ประจำเดือนมีนาคม 2563 จำนวนประมาณ 56.76 ล้านคน⁽¹³⁾

ตัวอย่าง เป็นประชากรวัยทำงานทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทยที่ได้จากการสุ่ม

ขนาดตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณของ Cochran W. C. (1953)⁽¹⁴⁾ กลุ่มบุคคลทั่วไป พิจารณาตามสัดส่วนของประชากรที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ เท่ากับ $20\% \pm 2\%$ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนไม่ต่ำกว่า 1,537 คน และกลุ่มเสี่ยงพิจารณาตามสัดส่วนของประชากรที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำเท่ากับ $30\% \pm 2\%$ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนไม่ต่ำกว่า 2,017 คน

การสุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มบุคคลทั่วไป 1,537 คนและกลุ่มเสี่ยง 2,017 คน รวมทั้งสิ้น 3,554 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งประชากรออกเป็น



กลุ่ม เป็นกรุงเทพมหานครและกลุ่มจังหวัดตาม 4 ภูมิภาค (ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้) รวม 5 พื้นที่ หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ตอบที่มีภูมิลำเนาอาศัยในจังหวัดต่างๆ ในแต่ละภูมิภาค โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เป็นประชากรวัยทำงานทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทยที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผู้ที่เดินทางหรืออยู่ในพื้นที่เสี่ยง ผู้ที่สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อหรือผู้เคยผ่านการถูกกักตัว ครบ 14 วัน และอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) มีผลการตอบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ และไม่เป็นผู้มีโรคประจำตัวหรือมีอาการป่วยหรือมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของประชาชนวัยทำงานในรูปแบบออนไลน์ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย ประวัติเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/ มีปัญหาทางจิต ประวัติการถูกกักตัว 14 วัน เพื่อสังเกตอาการติดเชื้อโควิด-19 วิธีการกักตัว เพื่อสังเกตอาการติดเชื้อโควิด-19 ข้อมูลการติดเชื้อ/ เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้สึกวิตกกังวลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จนส่งผลกระทบต่อกระดำเนินชีวิตประจำวัน และผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ มีความเที่ยง 0.749 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (ฮึด) จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ (ฮึด) จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค) จำนวน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ แต่ละข้อเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 คะแนน คือ ไม่จริง 2 คะแนน คือจริงบางครั้ง 3 คะแนน คือ ก่อนข้างจริง และ 4 คะแนน คือ จริงมาก) รวมคะแนนเต็ม 80 คะแนน คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับโดยเทียบค่าเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ต่ำกว่า 55 คะแนน คือความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55-69 คะแนน คือความเข้มแข็งทางใจเท่ากับเกณฑ์ปกติ และมากกว่า 69 คะแนน คือความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูลแรงงานไทย



2. สร้างแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจออนไลน์ตามประเด็นข้อคำถามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยให้ผู้เชี่ยวชาญออกแบบและจัดทำแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในรูปแบบออนไลน์
3. เก็บรวบรวมข้อมูลความเข้มแข็งทางใจด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจออนไลน์ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากคำนวณขนาดของตัวอย่าง
4. วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล อภิปรายผลและจัดทำรายงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (เพศ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov ทดสอบความเป็นอิสระระหว่างกันของกลุ่มตัวอย่างและความเป็นเอกพันธ์มีความแปรปรวนระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วย Levene Statistic test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ มีความเป็นอิสระต่อกัน และมีความเป็นเอกพันธ์มีความแปรปรวนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับรอง: DMH.IRB.COA 044/2563 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรวัยทำงาน

กลุ่มบุคคลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.30 อายุที่พบบ่อย 56-60 ปี ร้อยละ 27.90 สมรส ร้อยละ 69.60 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.20 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 24.50 มีความรู้สึกกวิตกกังวลและคิดว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ร้อยละ 81.50 และคิดว่ากระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านเศรษฐกิจ/ รายได้ ร้อยละ 64.20

กลุ่มเสี่ยง เกือบครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.50 อายุที่พบบ่อย 25 - 30 ปี ร้อยละ 29.00 สมรส ร้อยละ 62.50 จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 26.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 30.10 เคยถูกกักตัว ร้อยละ 69.80 ซึ่งถูกกักตัวในพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐสำหรับผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศ ร้อยละ



56.40 ข้อมูลการติดเชื้อส่วนใหญ่จากเคยเดินทางมาจากประเทศ/พื้นที่ที่ระบาดแต่ไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 70.90 มีความรู้สึกริวกวิตกกังวลและคิดว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ร้อยละ 75.40 และคิดว่ากระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านเศรษฐกิจ/ รายได้ ร้อยละ 78.50

2. ระดับความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

คะแนนความเข้มแข็งทางใจเฉลี่ยของประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไปในภาพรวม เท่ากับ 57.98 คะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน ซึ่งเทียบเกณฑ์อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ แบ่งเป็นกลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 30.10 กลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 67.60 และกลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 2.30

คะแนนความเข้มแข็งทางใจเฉลี่ยของประชากรวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม เท่ากับ 54.16 คะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน ซึ่งเทียบเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ เท่ากับเกณฑ์ปกติและสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 45.10, 53.30 และ 1.60 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ และสัดส่วนประชากรวัยทำงานที่คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเทียบกับเกณฑ์ปกติ จำแนกตามกลุ่ม

ความเข้มแข็งทางใจ	คะแนนความเข้มแข็งทางใจเทียบกับเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ)							
	กลุ่มบุคคลทั่วไป				กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19			
	คะแนนรวม	ต่ำกว่า	เท่ากับ	สูงกว่า	คะแนนรวม	ต่ำกว่า	เท่ากับ	สูงกว่า
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	30.20	17.90	62.60	19.50	28.38	30.50	59.40	10.10
ด้านกำลังใจ	13.56	43.30	55.90	0.80	12.65	61.40	37.80	8.00
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.22	22.10	75.70	2.20	13.13	35.00	64.00	1.00
รวม	57.98	30.10	67.60	2.30	51.16	45.10	53.30	1.60

3. เปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจตามปัจจัยชีวสังคมและผลกระทบจากโควิด-19

ประชากรวัยทำงานทั้งในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่มีเพศต่างกันมีความเข้มแข็งทางใจไม่แตกต่างกัน เพศหญิงมีความเข้มแข็งทางใจมากกว่าเพศชาย ประชากรวัยทำงานทั้งในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในภูมิภาค อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้สึกริวกวิตกกังวลและผลกระทบจากโควิด-19 ต่างกันมีความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3)



เมื่อจำแนกตามกลุ่ม พบว่า กลุ่มบุคคลทั่วไปที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้ มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป มีสถานภาพโสด จบการศึกษาระดับปริญญาโท และปริญญาเอก ประกอบอาชีพธุรกิจมีลูกจ้าง เกษตรกรรม และคิดว่าการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านสัมพันธภาพครอบครัวและด้านเศรษฐกิจมีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้ มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป มีสถานภาพหย่าร้าง จบการศึกษาระดับปริญญาโท และปริญญาเอก ว่างาน/ กำลังตกงาน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 50,001-100,000 บาท มีประวัติเคยถูกกักตัวในสถานที่กักตัวทางเลือก เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อและติดเชื้อ คิดว่าการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านสุขภาพจิต และเศรษฐกิจมีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจ จำแนกตามกลุ่ม เพศ ประวัติการกักตัว

ปัจจัยชีวิตสังคม	กลุ่มบุคคลทั่วไป					กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19				
	n	\bar{x}	S.D.	t	p	n	\bar{x}	S.D.	t	p
เพศ										
ชาย	1,172	57.78	6.91	-1.893	0.059	959	53.96	8.92	-0.981	0.327
หญิง	365	58.65	7.89			1,058	54.34	9.67		
ประวัติการกักตัว										
ไม่เคยถูกกักตัว	0					1,348	53.43	9.49	-5.937	0.000
เคยถูกกักตัว	0					669	55.64	6.95		

**p<.001, *p<.05



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจของประชากรวัยทำงาน จำนวนปัจจัยชีวสังคมและผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

	กลุ่มบุคคลทั่วไป						กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19					
	df	SS	MS	F	p	df	SS	MS	F	p		
ภาค												
ระหว่างกลุ่ม	4	617.417	154.354	3.020*	0.017	4	1631.139	407.785	5.324**	0.000		
ภายในกลุ่ม	1532	78301.108	51.110			2011	154120.774	76.601				
อายุ												
ระหว่างกลุ่ม	6	2093.404	348.901	6.948**	0.000	6	1644.510	274.085	3.575**	0.002		
ภายในกลุ่ม	1530	76825.122	50.213			2010	154107.404	76.670				
สถานภาพสมรส												
ระหว่างกลุ่ม	3	915.412	305.137	5.997**	0.000	3	2694.623	898.208	11.813**	0.000		
ภายในกลุ่ม	1533	78003.114	50.883			2013	153057.291	76.034				
ระดับการศึกษาสูงสุด												
ระหว่างกลุ่ม	7	921.820	131.689	2.582*	0.012	7	4924.912	703.559	9.371**	0.000		
ภายในกลุ่ม	1529	77996.706	51.012			2009	150827.002	75.076				
อาชีพ												
ระหว่างกลุ่ม	8	2123.798	265.475	5.282**	0.000	8	9300.578	1162.572	15.940**	0.000		
ภายในกลุ่ม	1528	76794.728	50.258			2008	146451.336	72.934				
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน												
ระหว่างกลุ่ม	7	512.157	73.165	1.427	0.190	7	1873.570	267.653	3.494**	0.001		
ภายในกลุ่ม	1529	78406.368	51.280			2009	153878.344	76.594				
วิธีการกักตัว												
ระหว่างกลุ่ม	0					4	2904.824	726.206	9.559**	0.000		
ภายในกลุ่ม	0					2012	152847.090	75.968				
ประวัติการสัมผัส												
ระหว่างกลุ่ม	0					3	1557.081	519.027	6.776**	0.000		
ภายในกลุ่ม	0					2013	154194.833	76.600				
ความรู้ถึงกักตัวจากโควิด-19												
ระหว่างกลุ่ม	3	2635.043	878.348	17.651**	0.000	3	6697.646	2232.549	30.151**	0.000		



	ปัจจัยชีวสังคมและผลกระทบจากโควิด-19					กลุ่มบุคคลทั่วไป					กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้โควิด-19				
	df	SS	MS	F	p	df	SS	MS	F	p	df	SS	MS	F	p
ภายในกลุ่ม	1533	76283.483	49.761			2013	149054.268	74.046							
ระหว่างกลุ่ม	3	1066.964	355.655	7.003**	0.000	3	609.498	203.166	2.636*	0.048					
ภายในกลุ่ม	1533	77851.561	50.784			2013	155142.416	77.070							
รวม	1536	78918.526				2016	155751.914								

**p<.001, *p<.05



4. ผลการเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งทางใจในภาพรวมและรายองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ (ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไปมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 57.98 และ 54.17 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงาน จำแนกตามกลุ่มและองค์ประกอบ

ความเข้มแข็งทางใจ	กลุ่มบุคคลทั่วไป		กลุ่มเสี่ยง		df	t	95% CI	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			Lower	Upper
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	30.20	4.43	28.38	4.98	3468.118	11.47*	1.507	2.218
ด้านกำลังใจ	13.56	1.98	12.65	2.38	3524.888	12.44*	0.767	1.054
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.22	2.43	13.13	2.54	3552.000	12.95*	0.929	1.261
รวม	57.98	7.17	54.16	8.79	3535.750	14.27*	3.298	4.348

*p<.05

สรุปผลการวิจัย

ประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไปมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ และกลุ่มเสี่ยงมีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ความเข้มแข็งทางใจระหว่างประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบ (ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา) ประชากรวัยทำงานทั้งในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับกักตัวและผลกระทบจากโควิด-19 ต่างกัน มีความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient) ของประชาชนไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประเด็นการอภิปราย ดังนี้



1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจของประชากรวัยทำงานในกลุ่มบุคคลทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จำแนกตามปัจจัยชีวสังคมและผลกระทบจากโควิด-19

ด้านเพศ ประชากรวัยทำงานที่มีเพศต่างกันมีความเข้มแข็งทางใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ อย่างเช่นการศึกษาพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษ จังหวัดนครปฐม พบว่า เพศชายมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเพศหญิง⁽¹⁶⁾ ในขณะที่การศึกษาของปัจจัยทางจิตและสังคมที่สัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันทางใจในการโค่นล้มแก๊งค์ร็องแกบน โลกออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เพศหญิงมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁷⁾

ด้านอายุ พบว่า ประชากรวัยทำงานทั้งในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป มีระดับความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีการแก้ไขปัญหาและปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี⁽¹⁸⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อบุคคลที่มีอายุมากขึ้นย่อมจะมีประสบการณ์ชีวิตและการเรียนรู้ชีวิตมากขึ้น ทำให้บุคคลมีวุฒิภาวะทางอารมณ์และสติปัญญาเพิ่มพูนขึ้นตามกาลเวลาและสถานการณ์ ดังที่ Kolberg (1964)⁽¹⁹⁾ กล่าวไว้ว่าพัฒนาการทางอารมณ์และสติปัญญาของมนุษย์จะค่อยๆ พัฒนาไปตามวัน เวลาและเจริญขึ้นตามวุฒิภาวะ มีจริยธรรมสูงขึ้น มีสมาธิและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น

ด้านอาชีพ พบว่า ประชากรกลุ่มบุคคลทั่วไปที่อาชีพประกอบธุรกิจ โดยมีลูกจ้าง อาชีพเกษตรมีระดับความเข้มแข็งทางใจโดยรวมสูงกว่าอาชีพอื่นและในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ว่างงาน/ กำลังตกงานเป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตร (2555)⁽²⁰⁾ และ ฐิติรัตน์ คิลกคุณานันท์ (2560)⁽²¹⁾ ที่ศึกษาระดับความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนถึงการที่บุคคลที่มีอาชีพประกอบธุรกิจ โดยมีลูกจ้าง อาชีพเกษตรกร เมื่อประสบปัญหาในการทำงานมากจะมีการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับปัญหาและสามารถจัดการปัญหาได้ ตลอดจนสามารถควบคุมอารมณ์และจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า บุคคลทั่วไปที่มีสถานภาพหย่าร้างมีระดับความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าสถานภาพอื่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีสถานภาพหย่าร้างย่อมประสบปัญหาในชีวิตมากกว่าสถานภาพอื่นๆ เมื่อบุคคลสามารถผ่านพ้นวิกฤตในชีวิตนั้น ได้จึงสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและจัดการความเครียดได้ดี ส่งผลให้มีความอดทนและมีความเข้มแข็งภายในมากขึ้น

ด้านความรู้สึกลึกถึงกังวลและผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่า ประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ไม่มีความวิตกกังวลเป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงที่สุด



และได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและด้านเศรษฐกิจเป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่มีความวิตกกังวล ไม่ส่งผลกระทบ เป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่ากลุ่มอื่น และได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิต และเศรษฐกิจ/ รายได้ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเข้มแข็งทางใจสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่พบว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจที่สูงจะสัมพันธ์กับระดับความกังวลที่ต่ำกว่าเกี่ยวกับผลกระทบของโควิด-19 ในทำนองเดียวกันหากบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจน้อยกว่าก็แสดงความยากลำบากมากขึ้นในการรับมือกับความท้าทายทางอารมณ์ในสถานการณ์โควิด-19^(7,12)

2. ผลการศึกษาระดับความเข้มแข็งทางใจของประชากรวัยทำงาน พบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมากกว่าประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไป ร้อยละ 35.00 และ 22.10 ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้มีการเตรียมการตั้งรับมากนักทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีดำรงชีวิตแบบเดิมเป็นวิถีชีวิตใหม่ (new normal) ภายใต้อาوضاعที่เต็มไปด้วยความกดดันต่างๆ รอบข้าง ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานมีความเข้มแข็งทางใจลดลงไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต เช่น คนไม่ยอมไปทำงานเพราะกลัวการแพร่ระบาดของเชื้อโรคหรือเกิดความเครียดจนส่งผลให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ⁽²²⁾ หรือแม้กระทั่งส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและรายได้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างเช่นคนที่ประกอบอาชีพการท่องเที่ยวหรืออาชีพที่ทำงาน ณ สถานที่เสี่ยงต่อการติดโรคก็จะต้องหยุดงานตามการปิดชั่วคราว โดยคนในอาชีพดังกล่าวมีอยู่ประมาณหนึ่งในห้าของผู้มีงานทำทั้งหมด และเป็นที่รับรู้กันว่าคนกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบอย่างมาก ต้องสูญเสียงานหรือรายได้⁽²³⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรศึกษาหารูปแบบ/ นวัตกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่สอดคล้องกับปัจจัยชีวิตสังคมและผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปแบบดิจิทัล
2. ควรพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (digital health) และการแพทย์ทางไกลในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
3. ควรศึกษาความเข้มแข็งทางใจของประชากรเชิงคุณภาพเพื่อติดตามผลความเข้มแข็งทางใจกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



เอกสารอ้างอิง

1. วิวัฒน์ วัฒนพิทยากร. โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 กับความโกลาหลในสังคม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ก.ค.-ส.ค. 2564;30 ฉบับเพิ่มเติม 2:s195-96.
2. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(6): 547-60.
3. Hui DS, Azhar EI, Madani TA, Ntoumi F, Kock R, Dar O, et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health: The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Int J Infect Dis.* 2020 Feb;91:264-66. PubMed PMID: 31953166
4. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Intern Med.* 2020;180(6):817-18. doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562
5. Lima CKT, de Carvalho, PMM, de Lima, IAAS, de Nunes, JVAO, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (New Coronavirus Disease). *Psychiatry Res.* 2020 May; 287. PubMed PMID: 32199182
6. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India!. *Asian J Psychiat.* 2020 Mar;49:101989. PubMed PMID: 32143142
7. Paredes MR, Apaolaza V, Fernandez-Robin C, Hartmann P, Yañez-Martinez D. The impact of the COVID-19 pandemic on subjective mental well-being: The interplay of perceived threat, future anxiety and resilience. *Pers Individ Dif.* 2021 Feb 170:110455.
8. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine,* 2020;3(1),3-8.
9. Kocjan GZ, Kavčič T, Avsec A. Resilience matters: Explaining the association between personality and psychological functioning during the COVID-19 pandemic. *Int J Clin Health Psychol.* 2021;21(1),1-9.
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต. [กรุงเทพฯ]: ป๊อปนิตติ้ง; 2550.
11. Osofsky HJ, Osofsky JD, Hansel TC. Deepwater horizon oil spill: Mental health effects on residents in heavily affected areas. *Disaster Med Public Health Prep.* 2011;5(4),280-86.



12. Killgore WDS, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res.* 2020;29(1),1–2.
13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงาน ของ ประชากร (เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563). แหล่งที่ค้น http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/ภาวะการทำงานของประชากร/2563/Report_03-63.pdf.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). [กรุงเทพฯ]: สุวีริยาสาส์น, 2560.
15. เขาวานุกุล ผลิตนันทเกียรติ, สมพร อินทร์แก้ว และกาญจนา วัฒนธรรมณีย์. การพัฒนาแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-60 ปี. *วารสารจิตวิทยาคลินิก.* 2555;43(1):53-66.
16. นุชนาฏ ธรรมชั้น และบุรณี กาญจนถวัลย์. พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมกระชาย จังหวัดนครปฐม. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย.* 2558;5(4):443-55.
17. จิตรภาณุ คำสวน. ปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์.* 561;4(1):19-28.
18. ตันติมา ดวงโยธา. การศึกษาและพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้ปรึกษาเป็นรายบุคคล [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต] สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
19. Kohlberg L. Development of moral character and moral ideology. In: Hoffman ML, Hoffman LW, eds. *Review of child development research.* New York: Russel sage foundation; 1974. p. 383-432.
20. เทียนทอง หาระบุตร. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
21. จูติรัตน์ ดิลกคุณานันท์. ความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคมและพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2560.
22. สิทธิพล วิบูลย์ชนากุล. โควิด-19 กับสุขภาพจิต รัฐบาลต้องใส่ใจ. *กรุงเทพธุรกิจ.* 5 พ.ค. 2563; แหล่งที่ค้น <https://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/650099>



23. จิตเกษม พรประพันธ์, มณฑล กปิตกาญจน, นันทนิตย์ ทองศรี และพรชนก เทพขาม. กิจการ
เสี่ยงและมาตรการดูแลภายใต้ผลกระทบของโควิด-19. แหล่งที่ค้น

https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/DocLib_/Article_30Apr2020.pdf



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH THALASEMIA

Received: March 22, 2022

Revised: April 28, 2022

Accepted: April 30, 2022

ประกริต รัชวัตร¹, นัยนา ภูลม¹

PRAGRIT RACHAWAT¹, NAIYANA PULOM¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและอำนาจการนำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ การจัดการครอบครัวของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในช่วงอายุ 6-15 ปี จำนวน 113 คน และผู้ดูแลจำนวน 113 คน ที่พาเด็กมารับบริการในการให้เลือดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการพยากรณ์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (M=76.14 SD=28.4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (M= 123.78,SD=16.48) คิดเป็นร้อยละ 78.34 และการจัดการครอบครัว ของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M= 189.40, SD= 21.69) คิดเป็นร้อยละ 84.18 ของคะแนนเต็ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ การจัดการครอบครัว ของผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ได้ร้อยละ 39.1 ($R^2 = .391$, $p < 0.001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ บ่งชี้ว่าคุณภาพชีวิตที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและครอบครัว ควรให้การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการครอบครัวเพื่อช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การจัดการครอบครัว, ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย, ผู้ดูแล

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี



Abstract

This study aimed to examine the quality of life in children with thalassemia and assess health literacy family management of the care giver and predicting power depending on quality of life. A sample of 113 parent-child pairs with thalassemia patients aged 6-15 years who received blood transfusion services at Saraburi Hospital were random as the samples of this study. The instruments used for data collection were composed of a demographic, quality of life health literacy and family management questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and multiple regression.

The finding showed as the quality of life mean score was at a good level ($M=76.14$ $SD=28.4$) The care giver's mean score health literacy and Family management was at a height level ($M= 123.78$, $SD=16.48$). and ($M= 189.40$, $SD= 21.69$). The predicting power analysis showed that health literacy and Family management were able as predicted factors for the Quality of life the 39.1 % ($R^2 = .391$, $p < 0.001$). Therefore, in order to promote quality of life for children with thalassemia must provide health literacy and family management in the care giver.

Keywords: quality of life, health literacy, Family management, children with thalassemia, care giver

¹Boromarajoni College of Nursing, Saraburi.

บทนำ

ธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เกิดจากความผิดปกติในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบิน(Hemoglobin)ซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญในเม็ดเลือดแดงไม่สมบูรณ์พอ ทำให้เม็ดเลือดแดงที่มีฮีโมโกลบินแตก เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นและถูกทำลายได้ง่ายส่งผลต่อร่างกาย ทำให้มีอาการซีด เนื้อเยื่อต่างๆได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ⁽¹⁻²⁾ ปัจจุบันมีผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียประมาณร้อยละ 1 ของประชากรไทย และประมาณร้อยละ 30-40% ของเด็กและครอบครัวต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง แม้ว่าวิวัฒนาการการรักษาจะดีขึ้น แต่ในระยะยาวยังมีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย เช่น มีภาวะตัวเหลือง และกระดูกบาง และในผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเลือดมีแนวโน้มจะมีอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ด้านจิตใจ อารมณ์ จะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ โกรธ หงุดหงิด กลัว วิตกกังวล ทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ซิมเสร์ราและต่อด้านการรักษา ด้านสังคม การขาดเรียนบ่อยทำให้เด็กมีพฤติกรรมแยกตัวจากเพื่อน⁽⁶⁾ ภาวะซิมเสร์รา รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งเด็กและครอบครัว เช่น



ด้านการเลี้ยงดู การจัดการครอบครัวในการดูแล เพราะผู้ป่วยชนิดที่ต้องพึ่งพาเลือดต้องได้รับเลือดและยาสม่ำเสมอ แม้ว่าวิวัฒนาการด้านการรักษาโรคนี้อาจสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกแต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการอีกมาก⁽⁴⁾ ทำให้เด็กและครอบครัวต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

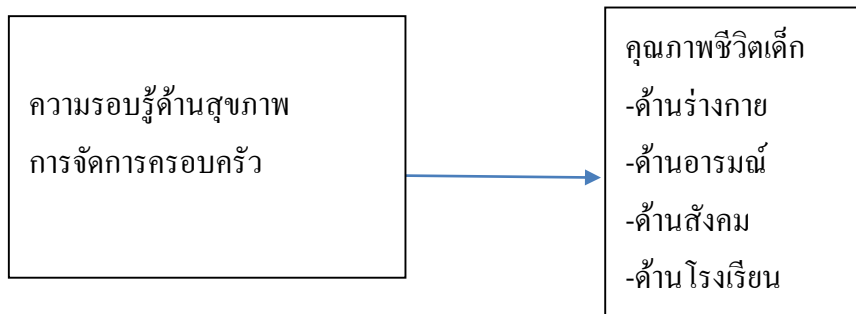
การเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กธาลัสซีเมียส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กในหลายๆ ด้าน เด็กธาลัสซีเมียมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำเมื่อเทียบกับเด็กปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่ต้องได้รับเลือดเป็นประจำ⁽⁵⁻⁶⁾ ผู้ดูแลหลักเป็นปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต⁽⁸⁾ อิทธิพลครอบครัวมีผลต่อเด็กโดยตรง การจัดการของครอบครัว(Family Management) เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลเด็ก ซึ่งเป็นการจัดการต่อสภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลเด็กป่วย แต่ความสามารถในการจัดการของแต่ละครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะแตกต่างกันไป หากครอบครัวไม่สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลเด็กป่วย⁽¹²⁻¹³⁾ การจัดการครอบครัวของเด็กป่วยธาลัสซีเมีย มีการจัดการได้ในระดับปานกลาง⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังการศึกษาพบว่า การจัดการครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเด็ก⁽¹⁵⁾ และอีกปัจจัยสำคัญ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นความสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ รวมถึงการสื่อสารความต้องการ การตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี⁽⁹⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁰⁾ จากการสำรวจใน 77 จังหวัดในระดับชาติ พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ 59.4% รองลงมา คือระดับพอใช้ 39.0% และระดับดีมากเพียง 1.6%⁽¹¹⁾ ยังมีความจำกัดขององค์ความรู้ในการอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพในเฉพาะกลุ่มโรคในเด็กป่วยเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มโรคเฉพาะยังพบว่ามีน้อย และการจัดการครอบครัวในบริบทของโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย การศึกษาถึงปัจจัยทั้งด้านตัวเด็กและผู้เลี้ยงดูมีความจำเป็นในการเป็นข้อมูลพื้นฐานต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมีย การศึกษาครั้งนี้ เพื่อทราบถึง ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ การจัดการครอบครัว ของผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมียและทราบอำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่ต้องมารับเลือดเป็นประจำที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี การทราบอำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียอันเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย
2. เพื่อศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการครอบครัว ของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการครอบครัว ของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 6-15 ปี ที่มารับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหน่วยให้เลือด โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 160 คน และผู้ดูแลที่มาพร้อมกับผู้ป่วยเด็กจำนวน 160 คน กำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนเท่ากับ 0.50 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% จากตารางกลุ่มประชากร 160 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 113 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ที่มารับการรักษา โรงพยาบาลสระบุรี และผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมีย



2. ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี และผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่ป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่นๆ
2. ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีไข้หรืออาการปวด
3. ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและผู้ดูแลที่ไม่สามารถตอบคำถามสัมภาษณ์ได้
4. ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและผู้ดูแลไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2. ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ จำนวนพี่น้องในครอบครัวที่ป่วยเป็นธาลัสซีเมีย ประเภทของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่การมาพบแพทย์และความถี่การมารับเลือด/ปี

3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกองสนับสนุนสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ตรงกับบริบทของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โดยวัดประเมินจากผู้ดูแล ประกอบด้วย 1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เลือกตอบข้อที่ถูกเพียง 1 ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ส่วนด้านอื่นๆ แบบสอบถามอื่นๆเป็นแบบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1-5 มาตราวัด 5 ระดับ (มากที่สุด-น้อยที่สุด) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การจัดการตนเองในการดูแลบุตรหลาน จำนวน 7 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 8 ข้อ การแปลผลใช้การรวมคะแนนในแต่ละรายข้อแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ระดับดีมาก คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ($\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ระดับดี คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70% ($\geq 70\% - < 80$ ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 60% ($\geq 60\% - < 69$ ของคะแนนเต็ม) ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60% ของคะแนนเต็ม ⁽¹¹⁾

4. แบบสอบถามการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมีย วัดจากแบบสอบถามการจัดการครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามตามกรอบแนวคิด Grey et al. (2006) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ด้านความสามารถในการจัดการดูแล 12 ข้อ ด้านความพยายามในการจัดการดูแลจำนวน 4 ข้อ ด้านความยากลำบาก จำนวน 14 ข้อ ด้านผลกระทบการเจ็บป่วย 10



ข้อ รวมทั้งหมด 45 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1-5 (ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด-เห็นด้วยน้อยที่สุด) ข้อความด้านลบถูกปรับคะแนนเป็นคะแนน 5 ถึง 1 คะแนน การจัดการครอบครัว แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยคิดค่าระดับสูง คะแนนเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 80 ($\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 60% ($\geq 60\% - < 79$ ของคะแนนเต็ม) ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 % ของคะแนนเต็ม

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™) ของ James W. Varni ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการเรียนรู้ จำนวน 5 ข้อ คำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก ซึ่งมีคุณภาพ ชีวิตตั้งแต่ 0-100 โดยคะแนนที่ได้เรียงลำดับคุณภาพ ชีวิตดังนี้ คะแนนยิ่งสูงหมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี โดยค่า generic core scales ที่ใช้ในแบบสอบถาม ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย การประเมินคุณภาพชีวิต คือ 0 ไม่เคยเลย = 100, 1 แทบจะไม่มีเลย = 75, 2 เป็นบางครั้ง = 50, 3 บ่อยๆ = 25, และ 4 แทบจะตลอดเวลา = 0 จากนั้นนำคะแนนที่ได้ใน แต่ละหัวข้อหลัก (core domains) มารวมกัน และหาค่าเฉลี่ย ซึ่งจะได้เป็นตัวเลขคะแนนในแต่ละด้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) การหาความตรงของแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ 1. อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กธาลัสซีเมีย จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้องและความชัดเจนของเนื้อหาตลอดจนการใช้ภาษาและความเหมาะสมทางด้านวัฒนธรรมและนำมาหาค่าดัชนีความตรง (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 และ 0.92 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข นำมาใช้กับผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมียที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยและหน่วยให้เลือดจำนวน 20 ราย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย วิเคราะห์จากจากสูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 21: KR-21) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ส่วนด้านอื่นๆ ของแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมีย คำนวณค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมีย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการพยาบาลโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตเข้าชี้แจงแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทราบและผู้ช่วยวิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและเด็ก แจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ชี้แจงสิทธิ์ในการมีอิสระในการให้ข้อมูลและถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ การนำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีการระบุตัวบุคคล ก่อนการเก็บข้อมูลขอความยินยอมจากผู้ปกครอง ให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อในใบยินยอมให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย (consent form) และเด็กป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (assent form) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบ แบบสอบถามแก่ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะให้อิสระกับผู้ดูแลและเด็กเลือกให้ข้อมูลได้ตามลำดับก่อนหลังในการที่จะเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยในช่วงอายุ 6-12 ปี ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามทั้งหมดทีละข้อให้เด็กฟังด้วยถ้อยคำน้ำเสียงที่นุ่มนวล ให้ความรู้แก่เด็กในการตอบและหยุดเป็นระยะได้ตามความต้องการของเด็กและผู้ดูแล โดยขณะสัมภาษณ์หรือให้เด็กตอบแบบสอบถามมีผู้ปกครองอยู่ด้วยตลอดเวลาเพื่อคลายความกังวล และเปิดโอกาสให้ซักถามในหัวข้อที่สงสัยหรือไม่เข้าใจได้ตลอดเวลาให้อิสระกับเด็กและผู้ดูแลยืดหยุ่นเวลาได้ตามความต้องการ หากพบสีหน้าแสดงความวิตกกังวลหรือไม่สะดวกที่จะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถาม และจะชวนพูดคุยเรื่องอื่นๆ ตามวัยของเด็กเพื่อให้เด็กมีความผ่อนคลาย ส่วนเด็กป่วยอายุ 13-15 ปี และผู้ดูแลให้อ่านแบบสอบถามทั้งหมดและเลือกคำตอบ ด้วยตนเอง ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเองทันทีหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เอกสารหมายเลข EC1003/2564 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2564 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัย โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่หนังสือรับรอง EC038//2564 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียด้วยสถิติด้วยสถิติพรรณนา คือ การแจกแจง



ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย(M)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's product-moment correlation: r) และการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาปัจจัยทำนายใช้สถิติอ้างอิงโดยการถดถอยพหุ (multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.30) อายุ 8-12 ปี (ร้อยละ 67.05) อายุเฉลี่ย 10.78 ปี (SD = 3.32) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 72.3) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคธาลัสซีเมีย ชนิด β -thalassemia/Hb E disease (ร้อยละ 87) มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน 5-10 ปี (ร้อยละ 92.80) โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.34 ปี (SD = 2.92) มีระยะเวลาที่ได้รับการรักษา 5-10 ปี (ร้อยละ 94.20) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาเฉลี่ย 8.49 ปี (SD = 3.37)

ผู้ดูแลเด็กธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 72) อายุ 26-36 ปี (ร้อยละ 67.05) อายุเฉลี่ย 32.4 ปี (SD = 2.33) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา(ร้อยละ 70.35) อาชีพค้าขาย(ร้อยละ 61.36) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,500 บาท ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นแบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 94) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 93)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย มีคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 76.14, SD=28.4 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้าน โรงเรียนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (80.20 , SD=29.96) และด้านอารมณ์ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (68.45 , SD=29.96)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

รายด้านคุณภาพชีวิต	คะแนนคุณภาพชีวิต		
	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย
ด้านร่างกาย	36.45	100	76.43
ด้านอารมณ์	44.56	100	68.45
ด้านสังคม	30.00	100	79.34
ด้านโรงเรียน	30.00	100	80.20
โดยรวม			76.14



ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M=123.78, SD=16.48$) คิดเป็นร้อยละ 78.34 ของคะแนนเต็ม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($M=34.16, SD=5.82$) ร้อยละ 85.40 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ($M=6.58, SD=16.48$) ร้อยละ 82.25 และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M=24.35, SD=4.08$) ร้อยละ 81.16 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้าน การรู้เท่าทันสื่อ ($M=31.48, SD=5.03$) ร้อยละ 78.70 และด้านการจัดการตนเองในการดูแลบุตรหลาน ($M=26.92, SD=3.93$) ร้อยละ 76.91

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ($n=113$)

ด้าน	M	SD	ร้อยละ	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	123.78	16.48	78.34	ดี
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	6.58	1.26	82.25	ดีมาก
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	24.35	4.08	81.16	ดีมาก
การสื่อสารสุขภาพ	34.16	5.82	85.4	ดีมาก
จัดการตนเองในการดูแลบุตรหลาน	26.92	3.93	76.91	ดี
การรู้เท่าทันสื่อ	31.48	5.03	78.70	ดี

ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีคะแนนการจัดการครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=189.40, SD=21.69$) คิดเป็นร้อยละ 84.18 ของคะแนนเต็ม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงคือ ด้านการดำเนินชีวิตเด็ก ($M=19.86, SD=3.19$) คิดเป็นร้อยละ 99.45 ด้านความพยายามในการจัดการดูแล ($M=14.54, SD=3.89$) คิดเป็นร้อยละ 90.87 ความสามารถในการจัดการดูแล ($M=50.21, SD=7.61$) คิดเป็นร้อยละ 83.68 ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ และ ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ($M=37.43, SD=4.58$) คิดเป็นร้อยละ 74.86 ด้านที่ค่าร้อยละต่ำสุด ได้แก่ด้าน ความยากลำบาก ($M=48.35, SD=3.03$) คิดเป็นร้อยละ 72.25

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของการจัดการครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ($n=113$)

ด้าน	M	SD	ร้อยละ	ระดับ
การจัดการครอบครัวโดยรวม	189.40	21.69	84.18	สูง
การดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก	19.86	3.19	99.45	สูง
ความสามารถในการจัดการดูแล	50.21	7.61	83.68	สูง



ด้าน	M	SD	ร้อยละ	ระดับ
ความพยายามในการจัดการดูแล	14.54	3.89	90.87	สูง
ความยากลำบาก	48.35	3.03	72.25	ปานกลาง
ผลกระทบต่อกรเจ็บป่วย	37.43	4.58	74.86	ปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	การจัดการครอบครัว	คุณภาพชีวิต
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1		
การจัดการครอบครัว	0.341**	1	
คุณภาพชีวิต	0.532*	0.538**	1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กันสูง ($r < 0.80$) ทำให้ไม่เกิดภาวะ Multicollinearity เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการจัดการครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	t	P-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.281	0.561	8.742	<0.001
การจัดการครอบครัว	0.371	0.379	12.135	<0.001
ค่าคงที่ (constant)	-7.63		7.432	0.001

R=.538 R²=.391 F= 9.527 P-value <.001

จากตาราง 5 การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการครอบครัว ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ซึ่งตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายความผันแปร คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 39 (R² = 0.391) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้



คุณภาพชีวิต $= -7.63 + 0.281$ (ความรอบรู้สุขภาพ) $+ 0.371$ (การจัดการครอบครัว) เขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = .561 (Z_{\text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ}}) + .379 (Z_{\text{การจัดการครอบครัว}})$$

อภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย มีคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M=76.14$ $SD=28.4$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้าน โรงเรียนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (80.20 , $SD=29.96$) และด้านอารมณ์ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (68.45 , $SD=29.96$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในช่วงการศึกษาเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 รูปแบบการเรียนการสอนมีความแตกต่างไปจากอดีต จากการศึกษา รูปแบบการจัดการเรียนรู้ของสถานศึกษาที่ใช้ในสถานการณ์โควิด-19 ในช่วงก่อนเปิดภาคเรียน มี 3 รูปแบบหลัก คือ การเยี่ยมบ้าน มีเอกสาร ใบงาน และให้คำแนะนำ (On hand) การจัดการเรียนรู้ผ่านออนไลน์ (Online) และการจัดการเรียนรู้ผ่านโทรทัศน์ (On-air) ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ การเยี่ยมบ้าน เป็นหลัก รูปแบบการเรียนที่เปลี่ยนไป ทำให้เด็กไม่ต้องขาดเรียน⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการอาศัยอยู่ใน โครงสร้างของครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีพ่อ แม่ และลูก มีแนวโน้มว่าครอบครัวจะมีสัมพันธภาพที่ดีกว่า โครงสร้างครอบครัวแบบอื่นๆ เป็น 1.9 เท่า⁽¹⁷⁾ อาจส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการเรียน เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับการเรียน และปัจจุบันสื่อเทคโนโลยีการเรียนรู้อื่นๆ ง่ายขึ้น ทำให้ไม่มีปัญหาในการตามบทเรียนให้ทัน และการขาดเรียนเพื่อมาพบแพทย์หรือขาดเรียนเพราะการเจ็บป่วยน้อยลง ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทและในช่วงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ การศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์น้อยที่สุด แม้ว่าในปัจจุบันวิวัฒนาการในการรักษา รวมถึงการได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เด็กมีอาการแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตาและความเหนื่อยง่าย น้อยลง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตร่วมกับเด็กอื่นๆ ในสังคม อย่างไรก็ตามอาจมีผลต่ออารมณ์ สอดคล้องกับ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเลือดมีแนวโน้มจะมีอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังส่งผล ด้านจิตใจ อารมณ์ จะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง โกรธ หงุดหงิด กลัว วิตกกังวล ทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และความมั่นคงในอารมณ์ จากการเจ็บป่วย⁽⁶⁾

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($M= 34.16$, $SD=5.82$) ร้อยละ 85 อาจเป็นเพราะผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของผู้ดูแลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และ



การใช้ข้อมูล ช่วยส่งเสริมและชี้แจงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของบุตร การพูดคุย กล้าซักถามสิ่งที่มีความกังวลใจมีมากขึ้น สามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายสงสัย⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การสื่อสารด้านสุขภาพมีหลายช่องทางมากขึ้นจากในอดีต มีการจัดหาสื่อ ช่องทางการสื่อสารสุขภาพที่ทันสมัย เข้าถึงได้ง่าย⁽¹⁹⁾ ตลอดเวลา และการใช้ ข้อความ ภาษาที่จดจำง่ายในการปฏิบัติตัว เป็นที่เข้าใจของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถ จดจำและพูดคุยเรื่องสุขภาพกันมากขึ้นซึ่งการการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงวัยอายุ 26-36 ปี (ร้อยละ 67.05) อายุเฉลี่ย 32.40 ปี (SD = 2.33) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (ร้อยละ 70.35) การใช้สื่อสังคมออนไลน์และการใช้สื่อเทคโนโลยีการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น⁽¹⁹⁾ อาจทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการจัดการตนเองในการดูแลบุตรหลาน (M= 26.92, SD=3.93) ร้อยละ 76.91 อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 94 ของครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว แม้ว่าจะมีสัมพันธภาพกันได้ดี⁽¹⁷⁾ แต่การทำงานและการปรับตัวต่างๆในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เช่น ช่วงการระบาดของไวรัสโควิด 19 อาจทำให้การจัดเวลาเพื่อการทำกิจกรรมต่างในการดูแลสุขภาพของบุตรหลานน้อยลง เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การกำกับดูแลบุตรหลานในการรับประทานยา เป็นต้น

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีคะแนนการจัดการครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M= 189.40, SD= 21.69) คิดเป็นร้อยละ 84.18 ของคะแนนเต็ม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงคือ ด้านการดำเนินชีวิตเด็ก (M= 19.86, SD= 3.19) คิดเป็นร้อยละ 99.45 ด้านความพยายามในการจัดการดูแล (M= 14.54 , SD= 3.89) คิดเป็นร้อยละ 90.87 ความสามารถในการจัดการดูแล (M= 50.21 , SD= 7.61) คิดเป็นร้อยละ 83.68 ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย (M= 37.43 , SD= 4.58) คิดเป็นร้อยละ 74.86 ด้านที่ค่าร้อยละต่ำสุด ได้แก่ด้าน ความยากลำบาก (M= 48.35 , SD= 3.03) คิดเป็นร้อยละ 72.25 สะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวมีความสามารถ และมีความพยายาม ในการจัดการต่อสภาวะการณ์เจ็บป่วย มีการจัดการด้านการดำเนินชีวิตเด็กได้ดี อาจเป็นเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลเด็กป่วย การจัดการด้านการดำเนินชีวิตเด็กและด้านความพยายาม ของแต่ละครอบครัวหากสามารถจัดการปัญหาต่างๆได้จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลเด็กป่วย และ ผลกระทบด้านการเจ็บป่วยและด้านการจัดการความยากลำบากในการดูแล ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาอรนุช ชูศรี และคณะศึกษา⁽¹⁴⁾ รูปแบบการจัดการในครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียด้านการจัดการในครอบครัวพบว่า มากกว่าครึ่งของพ่อและแม่ (72.8%, 82.2%) มีคะแนนการดำเนินชีวิตประจำวันของบุตร ความสามารถในการจัดการดูแล ความพยายาม ในการจัดการดูแล มีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตครอบครัว มุมมองต่อผลกระทบของโรคและความร่วมมือกันของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ



ครอบครัวของเด็กธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับภาระของการถ่ายเลือดตลอดชีวิตของบุตร ต้องมีการปรับการจัดการในครอบครัวให้มีความเหมาะสมกับเด็กในการพามารับเลือดในทุกเดือน และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคธาลัสซีเมียในบุตรจนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว มีความยากลำบากในการจัดการ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมีย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมีย ได้ร้อยละ 39 ($R^2 = .391, p < 0.05$) การจัดการครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงสุด (Beta= 0.371) ซึ่งการจัดการครอบครัว (Family Management) เป็นการจัดการต่อสภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลเด็กป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พจนพร งามประภาสหมศึกษาการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ ที่โรงพยาบาลแพร่ พบว่า ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย⁽⁸⁾ คุณภาพชีวิตเด็กขึ้นอยู่กับบิดามารดาที่ให้การดูแลทั้งภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโตและทุกระยะพัฒนาการ⁽¹⁸⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตได้รองลงมา (Beta= 0.281) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าคนไทยทุกช่วงวัยมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์กันมาก ทำให้เข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น ง่ายขึ้น⁽¹⁹⁾ ซึ่งการพยายามแสวงหาความรู้และสิ่งที่มีประโยชน์ให้กับบุตรหลาน ส่งผลในการมีความรู้ ทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของบุตรหลาน การมีความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการดูแลบุตรหลาน การรู้เท่าทันสื่อ ส่งผลต่อการได้รับข้อมูลทางสุขภาพและเกิดเป็นพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ ประเมิน และ ประยุกต์ใช้ข้อมูลนั้นได้อย่างเหมาะสม ตามการ เปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อม มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นสามารถตัดสินใจ และสนับสนุนให้ลูกหลานปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตเด็ก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในด้านการเรียน การพัฒนาศักยภาพและการพิจารณาการจัดการเรียนรู้ ในรูปแบบการใช้สื่อออนไลน์อาจลดเซกการเรียนรู้ และจำเป็นสำหรับเด็กป่วยเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดี และในด้านการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก บุคลากรทางสุขภาพควรดึงศักยภาพด้านนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้มีความสำคัญและเวลาในการสื่อสารกับผู้ดูแลเพื่อที่จะกล้าซักถามในสิ่งที่เป็นเรื่องกังวลใจ



และการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันผ่านรูปแบบการรวมกลุ่มหรือใช้ช่องทางต่างๆ เพื่อให้มีการสื่อสารทางด้านสุขภาพระหว่างผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพมากขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล และเพิ่มข้อมูลด้านการรู้เท่าทันสื่อ และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลบุตรในกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ในเรื่องการจัดการครอบครัว ครอบครัวมีการจัดการครอบครัวในระดับสูง แต่ยังมีด้านการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากและผลกระทบการดูแลที่ยังมีระดับปานกลาง แต่ควรมองจุดแข็งคือมีด้านความพยายามในระดับสูง มีเป้าหมายในการดูแลบุตรหลาน ควรดึงศักยภาพที่เป็นจุดแข็งมาเติมเต็มคุณภาพการดูแลโดยการเสริมพลังให้มีการจัดการครอบครัวที่ดีและยั่งยืนต่อไป การจัดการครอบครัวและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเด็ก บุคลากรสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและครอบครัวควรให้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการครอบครัวเพื่อช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ประจำปีงบประมาณ 2564 ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี บุคลากรในสาขาวิชากุมารเวชกรรม และอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและกลุ่มผู้ป่วยอาสาสมัครและครอบครัวในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันสุขภาพมหาดำรง. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโลหิตจางธาลัสซีเมีย. กรุงเทพฯ: พีเอลิฟวิ้ง; 2557.
2. วิพร วิประภคิต. “ธาลัสซีเมีย”: การดูแล รักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแบบบูรณาการ. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์ บริการโลหิต 2556; 4:303-320.
3. สุขุมล สิริพันธ์.ภาวะแทรกซ้อนทางต่อมไร้ท่อในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียชนิดฟิงพาเลือด.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ นุริรัมย์ 2563;35(2):431-440.
4. สุรเดช หงส์อิง.ธาลัสซีเมียกับการรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article>



5. Behdani, F., Badiee, Z., Hebrani, P., Moharreri, F., Badiee, A. H., Hajivosugh, N., et al. (2015). Psychological aspects in children and adolescents with major thalassemia: a case control study. *Iran J Pediatric*, 25(3), 1-8.
6. พชรพรรณ สาริสุต.คุณภาพชีวิตและความชุกของภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในศูนย์การแพทย์ปัญญานิกขุ ชลประทาน.วารสารจักษุสาธาณสุข 2562;49(2):200-209.
7. บุญยรัตน์ ศิลปะวิทยาทร ฌฐนรี อนุกุลวรรรชกะ เกศินีอ้อมแมน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย.วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา2562;20(3):45-57.
8. พจนพร งามประภาสม.การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ ที่โรงพยาบาลแพร่. *Journal of the Phrae Hospital* 2020; 28 (1) :12-26.
9. World Health Organization. Improving health literacy เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>.
10. ปาจร่า โปธิหัง. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*.2564;29(3): 115-130
11. National Reform Steering Assembly. (2016). Report of the national reform steering commission public health and environment national reform steering assembly on “health literacy reform and health communication reform”. Retrieved July 3, 2020, from http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf. [In Thai]
12. พัชรวิวัฒน์ชัย และ ยุพากรณ์ ติรไพรวงศ์. การจัดการของครอบครัว: แนวคิดและแนวทางการนำไปใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562 , 29(2), 12-23.
13. Knafli, K. & Deatrlick, J. (2009). Family Management Style and the challenge of moving from conceptualization to measurement. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(1), 12-18.
14. อรณุช ชุศรี วรรณิ เดียวอิสรศ และ Marcia Van RiperL. รูปแบบการจัดการในครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *The Styles of Management in Families Having a Child with Thalassemia* 2516; SDU Res. J. 9 (3): 114-127.
15. Chusri, O., Deoisres, W., & Riper, M. van. (2017). Influencing of Family Management in Families with Thalassemic Children on Health-Related Quality of Life and Family Functioning: SEM approach. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*, 16(1), 27–38.



16. เก็จกนก เอื้อวงศและคณะ. รูปแบบการจัดการเรียนรู้ของสถานศึกษาที่ใช้ในสถานการณ์โควิด-19. เข้าถึงได้จาก <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1834-file.pdf>
17. กวินารัตน์ สุทธิสุขนธ์ จิราพร ชมพิกุลและ เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล.ปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวไทย.เข้าถึงได้ใน <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/colakkujournals/article/download/92060/72148/>
18. Wongsin R. The quality of life in patients with thalassemia at Queen Sirikit National Institute of Child Health (Thai). [Thesis for the Diploma of Thai Board of Pediatrics]. Bangkok: The Medical Council of Thailand, 2011.
19. ปิยนุช ศรีสวัสดิ์เล็ก และนนทสรวง กลีบผิ้ง.การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อ ระดับความรู้ความเข้าใจ สื่อ และระดับการรู้เท่าทันสื่อ ของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ใน กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต 2563;16(3):159-175.
20. พชรพรรณ สาริสุต.คุณภาพชีวิตและความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในศูนย์การแพทย์ปัญญานิกขุ ชลประทาน.วารสารจักษุสาธาณสุข 2562;49(2):200-209.



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด ในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF NURSING MODEL TO PROMOTE THE GROWTH OF PRETERM INFANTS THE INTENSIVE CARE AT KALASIN HOSPITAL

Received: March 29, 2022

Revised: April 28, 2022

Accepted: April 29, 2022

กรรณิการิ อุดรพิมพ์¹, รัตติกาล คัมภีร์วัฒน์²

Kannikar Udornpim¹, Rattikan Kampeerawat²

บทคัดย่อ

บทนำ : ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตมีอัตราการตายสูง เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโตของร่างกายช้า น้ำหนักตัวน้อย ระบบภูมิคุ้มกันยังเจริญไม่เต็ม จึงมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อได้ง่าย จำเป็นต้องมีรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยทารกแรกเกิดหอทารกป่วยวิกฤตจำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มละ 15 ราย และพยาบาลวิชาชีพประจำการในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 16 คน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม 2564 ใช้สถิติ Independent T-test

ผลการศึกษา : พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีน้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้น 10 - 30 กรัมต่อวัน ค่าเฉลี่ย 2.00 และ p - value 0.009 ส่วนการเกิดปอดอักเสบมีความสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด (VAP) และการเสียชีวิตพบในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติค่อนข้างสูง ค่าเฉลี่ย 1.50 ค่า SD 0.51, ค่าเฉลี่ย 1.73 ค่า SD .46 และ p - value 0.009, 0.041 ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแล้วพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการศึกษา : การใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 20-30 กรัมต่อวัน การเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด (VAP) ลดลง และอัตราการเสียชีวิตลดลง

คำสำคัญ: ทารกเกิดก่อนกำหนด, ส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด, รูปแบบการพยาบาล

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

² โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



Abstract

Introduction: Premature infants in intensive care units have a high mortality rate. Because premature babies have slow body growth. Underweight the immune system is not yet fully developed. Premature infants are prone to infection easily. Therefore, a nursing model is needed to promote the growth of premature infants.

Objective: To develop and study the effect of a nursing model for promoting the growth of preterm infants in the intensive care unit of Kalasin Hospital.

Methods : This was research and development specific sample group They were enrolled in the experimental group and the control group among 30 neonatal intensive care unit patients divided into 15 groups each, and 16 full-time professional nurses in Kalasin hospital intensive care unit during April. Until December 2021, using statistics Independent T-test.

Results: It was found that in the group using the guideline, there was an increase in fetal weight of 10-30 g/day, mean 2.0 and p-value 0.009. Preterm (Ventilator Associated Pneumonia: VAP) and mortality were relatively high in the group receiving the usual standard care: mean 1.50, SD value .51, mean 1.73, SD value .46, and p-value .009, .041. When testing the differences between the groups, it was found that the group that used the guideline There was a statistically significant difference at the .05 level.

Conclusion: The use of a nursing model to promote the growth of preterm infants in the Kalasin Intensive Care Unit. Increased infant weight by 20-30 g/day, decreased incidence of pneumonia associated with Ventilator Associated Pneumonia (VAP) use and decreased mortality.

Keywords: Premature infants, Promotes the growth of premature babies, nursing model

¹ Kalasin Hospital

² Kalasin Hospital



บทนำ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 ได้กำหนดอัตราการตายของทารกแรกเกิดไม่เกิน 3.80 ต่อพันการเกิดมีชีพ แต่อัตราการตายของทารกแรกเกิดยังเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในขณะที่สถิติการเกิดมีชีพมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบัน จำนวนทารกตาย พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2562 คิดเป็น 6.20, 6.40, 5.90, 6.00 และ 5.60 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มีถึงร้อยละ 10.80 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)⁽¹⁾ ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน (neonatal mortality rate: NMR) ยังสูงถึง 8 ต่อพันการเกิดมีชีพหรือ 2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิต หรือประมาณร้อยละ 80 เกิดจาก 3 สาเหตุคือ ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย (prematurity and low-birth-weight: LBW) และทารกติดเชื้อ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2562)⁽²⁾ อัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดหรือทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ยังพบค่อนข้างสูง โดยในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 13.50 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด ประเทศไทยพบ อัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 12 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด คิดเป็นลำดับที่ 55 จาก 193 ประเทศทั่วโลก (Blencowe et al., 2017)⁽³⁾ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2561 ถึง 2563 พบอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 12.00, ร้อยละ 12.38 และร้อยละ 14.12 ตามลำดับของทารกเกิดมีชีพ ส่วนในจังหวัดกาฬสินธุ์พบร้อยละ 10.21, ร้อยละ 11.20 และร้อยละ 10.13 ตามลำดับของทารกเกิดมีชีพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2562)⁽¹⁾

ทารกเกิดก่อนกำหนดทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะของระบบต่างๆ ในร่างกายทารกไม่สมบูรณ์ส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตของทารกไม่เป็นไปตามวัยหรือมีการเจริญเติบโตของทารกช้ากว่าปกติ ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่พบ เช่น ปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ระบบการควบคุมอุณหภูมิกาย ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบภูมิคุ้มกัน (มาลี เอื้ออำนวย เนตรทอง นามพรหม และ ปรีศนา สุนทรไชย, 2560)⁽⁴⁾ บทบาทของพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยตรง โดยมีเป้าหมายให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเหมาะสมใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุดภายใต้สิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลปี 2561 ถึง ปี 2564 ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดให้การดูแลทารกแรกเกิดที่เข้ามารับบริการทั้งหมดจำนวน 87, 103, 106 และ 98 รายตามลำดับ ได้รับการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด 50, 58, 54 และ 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.50, 59.74, 57.24 และ 55.86 ตามลำดับ จากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (สถิติหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2564)⁽⁵⁾ และยังพบสถิติของอัตราการตายสูงในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโตของ



ร่างกายซ้ำ น้ำหนักตัวน้อย ส่งผลให้มีปัญหาในระบบของการหายใจทำให้ต้องได้ใส่ท่อช่วยหายใจตามมา อีกทั้งยังมีกลไกการป้องกันการติดเชื้อทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ระบบภูมิคุ้มกันยังเจริญไม่เต็มที่ทารกแรกเกิดจึงมี โอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และเกิดปัญหาภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตขึ้น จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ทารกมีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาที่ผ่านมาทำให้ทราบถึงสาเหตุอัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดมีจำนวนน้อย เนื่องจากระบบและการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยในหอทารกป่วยวิกฤตยังไม่เหมาะสม ประสิทธิภาพของพยาบาลที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีความแตกต่างกัน และแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของสมาคมพยาบาลทารกแรกเกิดแห่งสหรัฐอเมริกา (NANN, 2011)⁽⁶⁾ 5 ด้านมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งจะช่วยให้การดูแลทารกแต่ละรายมีความเหมาะสมและครอบคลุมต่อการพัฒนางานเกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการบริการ ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นรวมทั้งยังสร้างความพึงพอใจให้กับบิดามารดาและครอบครัวของทารกอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
4. ศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของสมาคมพยาบาลทารกแรกเกิดแห่งสหรัฐอเมริกา (NANN, 2011) เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด 5 ด้านและใช้กรอบแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของมาแรม และคณะ (Marram et al., 1979) เพื่อให้การพยาบาลและยี่ดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) โดยพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ตลอดจนวางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกลับบ้าน ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยรายที่ได้รับมอบหมาย ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมแบบองค์รวม



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อศึกษาผลลัพธ์และประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด ในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายนถึงธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ทารกเกิดก่อนกำหนดทุกรายที่ได้เข้ารับการรักษาในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2) พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกในประชากร 2 กลุ่ม คือ 1) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้เข้ารับการรักษาในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนธันวาคม 2564 โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มละ 15 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย คือ 1.1) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุปฏิสนธิ (Postconceptional age) ระหว่าง 30-ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ 1.2) มีน้ำหนักระหว่าง 1,000-2,500 กรัม 1.3) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ไม่น้อยกว่า 10 วัน 1.4) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่พ้นจากอาการวิกฤต 1.5) ไม่มีคำสั่งแพทย์งดอาหารและน้ำทางปาก (NPO) 1.6) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่บิดามารดา/ผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ 1.7) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 16 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นเวลา 2 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1.1) คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1.2) นวัตกรรมทางการพยาบาลการดูแลทารกแรกเกิดแบบแองการู และการดูแลทารกแรกเกิดแบบจัดชั่วโมงเงียบ (quiet hour) 1.3) โปรแกรมการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของบุคลากร ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอทารกป่วยวิกฤต บทบาทหน้าที่ในหอทารกป่วยวิกฤต บทบาทและประสบการณ์/การอบรมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต 2.2) แบบบันทึกปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



2.3) แบบบันทึกผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดและตามระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ 2.3.1) ด้านน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนด 2.3.2) ด้านการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด 2.4) ประเมินรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2.5) เปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2.6) ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลทารกป่วยวิกฤต 4 ท่าน ทั้งหมดมีความเห็นสอดคล้องกัน คำนวณ CVI = 0.97 จากนั้นนำไปทดลองใช้แนวปฏิบัติและเครื่องมือวิจัยในผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยผู้วิจัย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และความเหมาะสมกับสถานการณ์ก่อนนำไปใช้จึงจะสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างใช้จำนวน ร้อยละ ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ใช้จำนวน ร้อยละ ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดและตามระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ด้านน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนด ด้านการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนดใช้จำนวน ร้อยละ ประเมินรูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ใช้จำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ใช้สถิติ Independent T-test และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่หนังสือรับรอง:COA No.033-2021R ลงวันที่ 19 มีนาคม 2564



ผลการวิจัย

1) ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ส่วนใหญ่ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ระหว่าง 32-33 สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 33.33 มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากที่สุดอยู่ระหว่างน้ำหนัก >1,300-1,600 กรัม และน้ำหนัก >1,600-1,900 กรัมร้อยละ 26.67 การหายใจของทารกมีการใส่ท่อช่วยหายใจมากที่สุด ร้อยละ 60.00 จำนวนครั้งของการใส่ท่อหลอดลมคอใหม่บ่อยครั้งร้อยละ 60.00 ระยะเวลาที่คาท่อหลอดลมคอเป็นเวลานาน > 10 วันมากที่สุดร้อยละ 66.67 พบเชื้อจุลชีพก่อโรคหรือพบการติดเชื้อ ร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ระหว่าง 32-33 สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 40.00 มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากที่สุดอยู่ระหว่างน้ำหนัก > 1,300-1,600 กรัม ร้อยละ 33.33 ทั้งหมดมีการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 100 จำนวนครั้งของการใส่ท่อหลอดลมคอใหม่ นานๆครั้งร้อยละ 73.33 ระยะเวลาที่คาท่อหลอดลมคอเป็นเวลานาน < 10 วัน มากที่สุดร้อยละ 66.67 และไม่พบเชื้อจุลชีพก่อโรคหรือไม่พบการติดเชื้อร้อยละ 80.00

2) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด ผลลัพธ์ด้านพัฒนาการของน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ สรุปดังนี้ (1) ทารกน้ำหนัก 1,000 - 1,300 กรัม, >1,300-1,600 กรัม, >1,600-1,900 กรัม, >1,900-2,200 กรัม, >2,200-2,500 กรัม ส่วนใหญ่ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น < 20-30 กรัมต่อวัน ร้อยละ 6.67, 13.33, 13.33, 13.33 และ 13.33 ตามลำดับ และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ สรุปดังนี้ (1) ทารกน้ำหนัก 1,000-1,300 กรัม, > 1,300-1,600 กรัม, > 1,600-1,900 กรัม, > 1,900-2,200 กรัม, > 2,200-2,500 กรัม ส่วนใหญ่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 20-30 กรัมต่อวัน ร้อยละ 26.67, 33.33, 20.00, 13.33 และ 6.67 ตามลำดับ

3) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด ผลลัพธ์ด้านการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ผลการตรวจพบเชื้อจุลชีพก่อโรคมามากที่สุด คือ No growth ร้อยละ 4.00 รองลงมาพบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 20.00 จำนวนครั้งของการใส่ท่อหลอดลมคอใหม่มากที่สุดจำนวน 2-3 ครั้ง ร้อยละ 46.67 ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุดนาน > 10 วัน ร้อยละ 66.67 มีการเสียชีวิตร้อยละ 26.67 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ ผลการตรวจพบเชื้อจุลชีพก่อโรคมามากที่สุด คือ No growth ร้อยละ 80.00 รองลงมาพบเชื้อ *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella baumonia* และ *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 6.67 จำนวนครั้งของการใส่ท่อหลอดลมคอใหม่มากที่สุดจำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 73.33 ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ มากที่สุดนาน < 10 วัน ร้อยละ 66.67 และไม่มีการเสียชีวิต ร้อยละ 100



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต
 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 30)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโต	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานปกติ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1. ปัจจัยด้านตัวทารกแรกเกิด		
1.1 ทารกเกิดก่อนกำหนด		
- อายุครรภ์ระหว่าง 30 - 31 สัปดาห์	2 (13.33)	4 (26.67)
- อายุครรภ์ระหว่าง 32 - 33 สัปดาห์	5 (33.33)	6 (40.00)
- อายุครรภ์ระหว่าง 34 - 35 สัปดาห์	4 (26.67)	3 (20.00)
- อายุครรภ์ระหว่าง 36 - 37 สัปดาห์	4 (26.67)	2 (13.33)
1.2 น้ำหนักแรกเกิดน้อย		
- น้ำหนัก 1,000 - 1,300 กรัม	1 (6.67)	4 (26.67)
- น้ำหนัก > 1,300 - 1,600 กรัม	4 (26.67)	5 (33.33)
- น้ำหนัก > 1,600 - 1,900 กรัม	4 (26.67)	3 (20.00)
- น้ำหนัก > 1,900 - 2,200 กรัม	3 (20.00)	2 (13.33)
- น้ำหนัก > 2,200 - 2,500 กรัม	3 (20.00)	1 (6.67)
2. ปัจจัยด้านการรักษา		
2.1 การหายใจของทารก		
- ทารกไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ	6 (40.00)	0
- ทารกใส่ท่อช่วยหายใจ	9 (60.00)	15 (100)
2.2 จำนวนครั้งของการใส่ท่อหลอดลมคอใหม่		
- ใส่ท่อหลอดลมซ้ำนานๆ ครั้ง	6 (40.00)	11 (73.33)
- ใส่ท่อหลอดลมซ้ำบ่อยครั้ง	9 (60.00)	4 (26.67)
2.3 ระยะเวลาที่คาท่อหลอดลมคอเป็นเวลานาน		
- ใส่ท่อหลอดลมคือนาน < 10 วัน	5 (33.33)	10 (66.67)
- ใส่ท่อหลอดลมคือนาน > 10 วัน	10 (66.67)	5 (33.33)
2.4 การพบเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคหรือพบการติดเชื้อ		
- ไม่พบเชื้อ	6 (40.00)	12 (80.00)
- พบเชื้อ	9 (60.00)	3 (20.00)



ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารก
 เกิดก่อนกำหนดและตามระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n = 30)

พัฒนาการด้านน้ำหนักตัวของทารก	กลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามมาตรฐานปกติ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1. ทารกน้ำหนัก 1,000 - 1,300 กรัม		
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 20 - 30 กรัมต่อวัน	1 (6.67)	0
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น 20 - 30 กรัมต่อวัน	0	4 (26.67)
2. ทารกน้ำหนัก > 1,300 - 1,600 กรัม		
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 20 - 30 กรัมต่อวัน	2 (13.33)	0
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น 20 - 30 กรัมต่อวัน	2 (13.33)	5 (33.33)
3. ทารกน้ำหนัก > 1,600 - 1,900 กรัม		
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 20 - 30 กรัมต่อวัน	2 (13.33)	0
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น 20 - 30 กรัมต่อวัน	2 (13.33)	3 (20.00)
4. ทารกน้ำหนัก > 1,900 - 2,200 กรัม		
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 20 - 30 กรัมต่อวัน	2 (13.33)	0
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น 20 - 30 กรัมต่อวัน	1 (6.67)	2 (13.33)
5. ทารกน้ำหนัก > 2,200 - 2,500 กรัม		
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 20 - 30 กรัมต่อวัน	2 (13.33)	0
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น 20 - 30 กรัมต่อวัน	1 (6.67)	1 (6.67)



ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 30)

การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1. ผลการตรวจพบเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค		
- No growth	6 (40.00)	12 (80.00)
- Acinetobacter baumannii	3 (20.00)	1 (6.67)
- Klebsiella baumonia	2 (13.33)	1 (6.67)
- Pseudomonas aeruginosa	1 (6.67)	0
- Ercherichia coli	1 (6.67)	0
- Staphylococcus aureus	2 (13.33)	1 (6.67)
2. จำนวนครั้งของการใส่ท่อหลอดลมคอใหม่		
- จำนวน 1 - 2 ครั้ง	6 (40.00)	11 (73.33)
- จำนวน 2 - 3 ครั้ง	7 (46.67)	4 (26.67)
- จำนวน > 3 ครั้ง	2 (13.33)	0
3. ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ		
- นาน < 10 วัน	5 (33.33)	10 (66.67)
- นาน > 10 วัน	10 (66.67)	5 (33.33)
4. การเสียชีวิต		
- ไม่เสียชีวิต	11 (73.33)	15 (100)
- เสียชีวิต	4 (26.67)	0

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 30)

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1. น้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้น(20 - 30 กรัมต่อวัน)	6 (40.00)	15 (100)
2. การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด (Ventilator Associated Pneumonia : VAP)	9 (60.00)	3 (20.00)
3. การเสียชีวิต	4 (26.67)	0



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 30)

เปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ \bar{X} (SD)	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ \bar{X} (SD)	p-value
1. น้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้น (20 - 30 กรัมต่อวัน)	1.60 (0.50)	2 (.0.00)	0.009
2. (Ventilator Associated Pneumonia : VAP)	1.50 (0.51)	1.80 (0.41)	0.009
3. การเสียชีวิต	1.73 (0.46)	2.0 (0.00)	0.041

ตารางที่ 6 ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลระบบเจ้าของไข้ เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 30)

ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลระบบเจ้าของไข้	\bar{x}	SD	แปลผล
1. กระบวนการรับใหม่	4.35	0.63	มาก
2. กระบวนการดูแลต่อเนื่อง	4.55	0.55	มากที่สุด
3. กระบวนการจำหน่าย	4.54	0.66	มากที่สุด

ตารางที่ 7 ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 30)

ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ด้านความเป็นไปได้	4.55	0.60	มากที่สุด
2. ด้านอรรถประโยชน์	4.65	0.82	มากที่สุด
3. ด้านความเหมาะสม	4.41	0.80	มาก
4. ด้านความถูกต้องและครอบคลุม	4.45	0.81	มากที่สุด



สรุปผลการวิจัย

1) ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ น้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้น (20-30 กรัมต่อวัน) ร้อยละ 40.00 การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด (Ventilator Associated Pneumonia : VAP) ร้อยละ 60.00 มีการเสียชีวิต ร้อยละ 26.67 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ น้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้น (20-30 กรัมต่อวัน) ร้อยละ 100 การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด (Ventilator Associated Pneumonia : VAP) ร้อยละ 20.00 และไม่พบว่ามี การเสียชีวิต

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติจะมีน้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้น 20-30 กรัมต่อวัน ค่าเฉลี่ย 2.00 ค่า SD 0.00 และ p-value 0.009 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด (Ventilator Associated Pneumonia : VAP) ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติค่าเฉลี่ย 1.50 ค่า SD 0.51 และ p - value 0.009 สูงกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติมีการเสียชีวิต ค่าเฉลี่ย 1.73 ค่า SD 0.46 และ p - value 0.041 สูงกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลระบบเจ้าของไข้ เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.48, SD = 0.61) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กระบวนการดูแลต่อเนื่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.55, SD = 0.55) รองลงมาคือ กระบวนการจำหน่ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.54, SD = 0.66) และกระบวนการรับใหม่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.35, SD = 0.61)

4) ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.51, SD = 0.76) เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ด้านอรรถประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.65, SD = 0.82) รองลงมาคือ ด้านความเป็นไปได้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.55, SD = 0.60) ด้านความถูกต้องและครอบคลุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.45, SD = 0.81) และส่วนด้านความเหมาะสมคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมากที่สุด (x = 4.41, SD = 0.80)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้พบว่า ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการตายสูงเนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโตของร่างกายช้า น้ำหนักตัวน้อย ส่งผลให้มีปัญหาของระบบการหายใจทำให้ต้องได้ใส่ท่อช่วยหายใจตามมา อีกทั้งยังมีกลไกการป้องกันการติดเชื้อทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ระบบ



ภูมิคุ้มกันยังเจริญไม่เต็มที่ ทารกแรกเกิดจึงมีโอกาสดูดเชื้อได้ง่าย และเกิดปัญหาการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตขึ้น จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ทารกมีอัตราการเสียชีวิตสูง ในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงถึงร้อยละ 27 (Apisrntanrak et al., 2013) ส่วนในประเทศไทยพบร้อยละ 87.5 (ธัญญากร, 2557) เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่า

1) ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ (1) ทารกเกิดก่อนกำหนด จะมีระบบภูมิคุ้มกันที่ไม่สมบูรณ์ มีผิวหนังบางหลุดลอกง่าย เชื้อโรคจากภายนอกสามารถผ่านเข้าได้ง่าย ซึ่งส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (สุริพร และคณะ, 2562) (2) น้ำหนักแรกเกิดของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล (สราวุธ, 2560) และจากผลการวิจัยพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 32-33 สัปดาห์ และมีน้ำหนัก > 1,300-1,600 กรัม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกเกิดปอดอักเสบได้เพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับทารกที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม ที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 20 (Petdachai, 2014) (3) ด้านการรักษา จำนวนครั้งของการใส่ท่อหลอดลมคอใหม่ (re-intubation) ทำให้กลไกการป้องกันการติดเชื้อของร่างกายสูญเสียไป กลไกการขับเสมหะออกเองไม่สามารถขับออกได้ ต้องอาศัยการใส่สายช่วยดูดเสมหะ ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อได้สูงมากถ้าไม่ระวังการปนเปื้อนให้ดี และท่อหลอดลมคอสำหรับทารกเป็นแบบไม่มีกระเปาะ (cuff) ทำให้มีโอกาสดูดเชื้อโรคในหลอดคอจะเข้าไปในทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น (Garland, 2015) จากผลการวิจัยพบว่ามีกรใส่ท่อหลอดลมคอใหม่จำนวน 1-2 ครั้ง จำนวน 11 คน และมีการใส่ท่อหลอดลมคอใหม่จำนวน 2-3 ครั้ง จำนวน 4 คน สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำมีโอกาสดูดเชื้อจากเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 54.10 (Almuneef et al., 2014) และการศึกษาพบว่ากรใส่ท่อหลอดลมใหม่ 1-2 ครั้ง และใส่มากกว่า 2 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าทารกที่ไม่ได้ใส่เท่ากับ 15.30 และ 71.20 เท่าตามลำดับ (ธัญญากร, 2557) (4) ระยะเวลาที่คาท่อหลอดลมคอเป็นเวลานาน ซึ่งระยะเวลาที่คาท่อหลอดลมคอเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดปอดอักเสบ ผลจากการวิจัยพบว่าทารกแรกเกิดใช้เครื่องช่วยหายใจนาน < 10 วันจำนวน 10 คน และใช้เครื่องช่วยหายใจนาน > 10 วันจำนวน 5 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบจะมากขึ้นตามระยะเวลาของการใส่ท่อหลอดลมคอเป็นสัปดาห์ที่เพิ่มขึ้น โดยทารกที่ใส่ท่อหลอดลมนานกว่า 14 วัน จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดปอดอักเสบมากกว่าทารกที่ใส่ท่อหลอดลมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน เท่ากับ 5.90 เท่า (ธัญญากร, 2557)

2) ผลการวิจัยของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติจะมีน้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้น 20-30 กรัมต่อวัน ส่งผลให้การเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด (Ventilator Associated Pneumonia : VAP) ลดลง จึงทำให้อัตราการรอดชีวิตมีจำนวนมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลระบบเจ้าของไข้และค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($x = 4.48$, $SD = 0.61$) และอยู่ในระดับมากที่สุด ($x = 4.51$, $SD = 0.76$) ตามลำดับ เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนามีความชัดเจนและครอบคลุม และปฏิบัติได้ง่าย โดยพยาบาลได้รับการมอบหมายงานแบบรายบุคคล มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยสูง มีการติดต่อสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรค และอาการต่างๆ ตลอดจนวินิจฉัยความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้ต่อเนื่องกัน สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติจึงเกิดขึ้นด้วยดีทำให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างรอบด้านทั้งปัญหาด้านอารมณ์ สังคม ตลอดจนมีการวางแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่โดยใช้กระบวนการพยาบาล 24 ชั่วโมง กระทั่งจำหน่ายจากตึกโดยใช้หลัก D METHOD ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ ลีมงคล (2557) พบว่าการมอบหมายงานรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลมีระดับความอิสระในวิชาชีพสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศรี สังข์ศรีทวงษ์ (2557) ที่พบว่าผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานมากกว่าในรูปแบบการพยาบาลแบบทีมหรือแบบอื่นๆ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ในการให้การพยาบาลสิ่งสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ ควรเฝ้าระวังในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เพราะท่อหลุดลวมคอสำหรับทารกเป็นแบบไม่มีกระเปาะ (cuff) ทำให้มีโอกาสเลื่อนหรือหลุดง่ายส่งผลให้ทารกมีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกเกิดก่อนกำหนด (Ventilator Associated Pneumonia : VAP)

1.2 โรงพยาบาลอื่นๆ ในทุกระดับหรือองค์กรอื่น สามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ไปปรับใช้หรือพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้

1.3 สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ไปเป็นต้นแบบในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาติดตาม ไปข้างหน้า เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้รูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยการติดตามประเมินในลักษณะเปรียบเทียบที่ระยะเวลาแตกต่างกัน เพื่อนำมากำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป



2.2 ควรมีการศึกษาไปข้างหน้า เพื่อศึกษาปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการตายของทารกแรกเกิด. 2562; สืบค้นเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2564. <http://kmops.moph.go.th/index.php/km-test>.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด. 2562; สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2564. <https://hp.anamai.moph.go.th/th>.
3. Blencowe et al. Preterm birth associated with maternal fine particulate matter exposure: A global, regional and national assessment. 2017; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28196630>.
4. มาลี เอื้ออำนวย เนตรทอง นามพรหม และ ปรีศนา สุนทรไชย. การพยาบาลเด็ก. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2560; พิมพ์ครั้งที่ 3.
5. สถิติหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สถิติหอทารกป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. บันทึกเวชระเบียนจำนวนทารกแรกเกิดในหอป่วยวิกฤต. 2564; ข้อมูลปี 2561 ถึง ปี 2564.
6. National Association of Neonatal Nurse.[NANN]. Age-appropriate care of the premature and critically III hospitalized infant: Guild for practice. 2011; Retrived from http://www.nann.org/uploads/Age-Appropriate_Care-FINAL_11-01-11.
7. Ramachandran & Dutta. Developmental Screening Tools for Motor Developmental Delay in High Risk Preterm Infants. Journal of Nepal Paediatric Society. 2016; 35, 2 (Jan. 2016), 162 – 167; <https://doi.org/10.3126/jnps.v35i2.12954>.
8. World Health Organization. Newborn: Reducing mortality. 2018; Available from: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs333/en>.

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.วินัย วีระพัฒนานนท์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
พญ.ทิววรรณ ปิยะกุลมาลา	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.วิรติ ปานศิลา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.สมยศ ศรีจารนัย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.อภิชัย ลิมานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.พรพัฒน์ ภูนาถลม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.ภาศิ ทรัพย์พิพัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
------------------	-----------------------------------

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.นัฐวุฒิ ไม้ผาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ผศ.ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวทิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์น โบล์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา กุหิรัญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัทมพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร.สายัณต์ แก้วบุญเรือง	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
นพ.สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ	โรงพยาบาลเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.ชลกร ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกถัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วาริ สุตกรยุทธ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ภก.กฤษ โขติการณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.กฤษฎี วันจรรูญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงค์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทธิคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิฎา ชารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายทัศนเทพ ดลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ ดลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายเถลิงเกียรติ เสริฐเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายคณัสนันท์ ภูจารีก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพ็ชรภายลุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐริณีษ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาวรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี่ยงเมืองทุ่งมน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000 โทร. (043) 019760 ต่อ 109

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>

ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียน โดยเฉพาะ
ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี้ยวเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000

โทร 043-019760 ต่อ 114