



วารสาร วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2565

Volume 15 No.2 May - August 2022

ISSN 1906-2605

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้เป็นปีที่ 15 ฉบับที่ 2 วารสารฉบับนี้ยังคงความเข้มข้นด้วยสาระความรู้ที่น่าสนใจหลายเรื่อง และหลากหลาย ถึงแม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จะเข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น ยังคงต้องเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการการรับวัคซีนในกลุ่มวัยต่างๆ และการปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุข เพื่ออยู่กับโรคได้อย่างสมดุล

ในขณะที่ประเทศไทยกำลังมุ่งความสนใจเร่งสร้างภาคเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การบริหารจัดการ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ภายใต้การกระจายอำนาจด้านการถ่ายโอนภารกิจ “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์การบริหารจังหวัด (อบจ.)” กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ขอเป็นกำลังใจให้บุคลากรสาธารณสุข ในการดำเนินการกิจด้านการบริการ ส่งเสริมสุขภาพ พื้นฟูสุขภาพของประชาชนในชุมชน เป็นไปด้วยความราบรื่น พร้อมกับมีบทความส่งมาเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่ช่วยให้วารสารได้มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และได้รับการยอมรับเสมอมา

พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.วินัย วิจารณ์านนท์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
พญ.ทิวาพรรณ ปิยะกุลมลา	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.สมยศ ศรีวิจารณ์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.อภิชัย ลิมนานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.พรพัฒน์ ภูนาถม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.ภาณี ทรัพย์พิพัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.นัฐวุฒิ ฝ่ฝาค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
ผศ.ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวทิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิตภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา ภูริบุญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร.สายันต์ แก้วบุญเรือง	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูถาวรณ	โรงพยาบาลนอสังขัย จังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกลั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุกครุฑ	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ภก.กฤษ ไซติการณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ศศ.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 ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ คลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายเถลิงเกียรติ เสริฐเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายคณัสนันท์ ภูวารี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภาณุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐริณี พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาพรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศน์เทพ คลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม

บทความวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่ง
ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความนี้จะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็น
ลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญประเมินบทความ

รศ.ดร.พรรณิ บุญชรหัตถกิจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูลาวรรณ	โรงพยาบาลน่องชัย
ทพญ.ดร.อรรพรรณ นามมนตรี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.นิภา มหาวัชพงศ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อัครสิทธิ์ ไชยณรงค์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.ธวัชชัย ดาเชิงเขา	มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.สุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.เอื้อมพร สุ่มมาตย์	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ดร.นวลปรารถน์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ทพญ.ใจสะคราญ ออกสุข	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.สุมิตรา อ่อนพรรณนา	โรงพยาบาลร่องคำ
ดร.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์.....	1
สุทธิดา คำมะกา, กิตติภูมิ ภิญโย	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระบอกและครอบครัว	16
สุพรรณิ อุปชัย, พัทธกรณณ์ เจนใจวิทย์	
สภาวะสุขภาพโภชนาการของร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม.....	31
วัชรภัทร เตโชวีรกุล, คาริวรรณ เสริมฐิธรรม	
พฤติกรรมและปัจจัยเชิงสาเหตุในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน.....	46
ศุภกิจ ศรีสำราญ, สาธินี ศิริวัฒน์, อภิรดี วงศ์ฮาด, จักรกฤษณ์ พลราชม	
ลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดอุดรธานี.....	60
อัปสร วงษ์ศิริ, ธนณชนก พรหมพินิจ, นฤปรวรรค์ พรหมม้วย	
สาเหตุของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษา ภายใน 30 วันของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม.....	76
ณัฐธิดา ดันสังวรรณ, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, ธนนรรจ์ รัตนโชติพานิช	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้ในตำบลท่าเรือ อำเภوتاเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	91
ขวัญเพชร หนูนาคคี, ชาญทิพย์ งามภักดิ์, ดวงสมร วงษ์ศรีแก้ว, อภิชาติ บุญไชโยธรพิน, สองพรหมทิพย์, วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์	
การพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา.....	105
ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, ปรีจิตร อุทัยพันธ์	
การพัฒนาแบบการบริการผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด.....	119
วิระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม, เสฐียรพงษ์ ศิวินา	
ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์.....	133
ธงชัย ปัญญรัตน์	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งจ่ายยาสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี.....	145
ปวันรัตน์ กิจเฉลา, วิศริ วายุภกุล	
ผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม.....	159
ศุภนิดา ทองดวง, สันติสิทธิ์ เชื้อเงิน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล	
ปัจจัยทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ประเทศไทย.....	173
กิมมงคล ทาดทา, อภิญา จำปามูล	



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น.....	187
วิรัตน์ ใจแก้ว, จตุพร ดันเจียง, กานต์กมล ผลผล	
ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย.....	201
กมลรัตน์ ณ หนองคาย	
ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี	214
โสภิตดา แสนาวา, เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์, นิภา มหารัษฎพงศ์	
การจัดการภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน.....	228
ณัฐดา อยู่จำ	
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ.....	240
จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, ธิดิรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์	
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในจังหวัดสกลนคร.....	254
ประภัศร เรืองฤหา, วรินทร์มาส เกษทองมา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล	
ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ใช้อินซูลินในโรงพยาบาลชุมชน.....	269
ขวัญระวี ทิพย์พิลา, อาคม บุญเลิศ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	285
จันทร์ชัย จันทร์ทะชา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี.....	300
พงศกร บุญมาตุ่น, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, วรินทร์มาส เกษทองมา	
ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู... สะไกร กันแกงกุล	313
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย.....	328
กยสิทธิ์ แก้วยาศรี	



สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

THE HEALTH CARE SITUATIONS OF DIABETES MELLITUS PATIENTS WITH UNCONTROLLED BLOOD SUGAR LEVELS IN NADEE SUB-DISTRICT YANGTALAT DISTRICT KALASIN PROVINCE

Received: January 03, 2022

Revised: April 09, 2022

Accepted: April 26, 2022

สุทธิดา คำมะภา^{1*}, กิตติภูมิ ภิญโญ²

Suttida Khummapha^{1*}, Kittiphoom Phinyo²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ดูแลหลัก กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 50 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงบรรยาย ระยะเวลาดำเนินการเดือนพฤษภาคมถึงตุลาคม พ.ศ 2564

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเอง 4 ด้านคือ 1. ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.12$, S.D.=0.40) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม 2. ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, S.D.=0.66) ออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับวัยและโรค 3. ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.75$, S.D.=0.38) โดยรับประทานยาตามแผนการรักษา 4. ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, S.D.=0.59) 2) ผู้ดูแลหลักขาดความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม 3) ผู้นำชุมชนไม่รับรู้บทบาทที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วมในการดูแล 4) กลุ่มผู้ให้บริการขาดแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลในเลือด

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Student, Master of Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Assistant professor Community Nurse Practitioner of Faculty Nursing, Khon Kaen University.

*Corresponding author E-mail: Kh_suttida@kkumail.com



Abstract

The purpose of this descriptive research was to analyze the health care situations of diabetes mellitus patients with uncontrolled blood sugar levels in Na Di Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province. The target groups were diabetes mellitus patients with uncontrolled blood sugar levels, caregivers, community leaders, service providers a total of 50 people. By purposive sampling. Data collection tools consisted of in-depth interview, Self-management Behavior Questionnaire and focus group. A content analysis was used to examine qualitative information. Quantitative data was analyzed to obtain descriptive statistic. The research was Implementation period from May to October 2021.

The results showed that 1) most of the patients had self-management in 4 aspects, 1. In terms of food, it was at a moderate level ($\bar{X}=3.12$, S.D.=0.40). They had inappropriate self-care behaviors for eating food. 2. In terms of exercise, at the Moderate intensity level ($\bar{X}=3.26$, S.D.= 0.66), they had physical activity that was inappropriate for age and disease, 3. In terms of drug use, it was at the highest level ($\bar{X}=4.75$, S.D.=0.38) by taking the medication according to the treatment plan. 4. In terms of stress management, at a moderate level ($\bar{X}=3.26$, S.D.=0.59). 2) The main caregiver lacked knowledge about diabetes and inappropriate care for patients. 3) Community leader unclear the role of participating. 4) Service provider groups lacked guidelines to self-management support for diabetes mellitus and the guidelines for enhancing the potential of community leaders to help diabetes mellitus in the community.

Recommendations from this research, which should be developed to self-management support of diabetes mellitus patients with uncontrolled blood sugar levels with the participation of the caregivers and community leaders.

Keywords: Self-management, Type 2 diabetes mellitus, Blood Sugar Level



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และกำลังทวีความรุนแรงในทุกประเทศทั่วโลก พบว่า มีอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในทุกประเทศสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่าปี 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านรายซึ่ง 98 ล้านราย เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป และ 327 ล้านราย พบในช่วงอายุ 20 – 64 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านรายทั่วโลก ในปี พ.ศ 2588⁽¹⁾ ประเทศไทยพบ ผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านราย คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านราย ภายในปี 2583⁽¹⁾ และจากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็น 1,010.15, 1,125.90 และ 1,205.76 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 23.77, 23.34 และ 25.92 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด มีเพียงร้อยละ 36.5

จังหวัดกาฬสินธุ์พบ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2561-2563 คิดเป็น 1,939.05, 2,181.34 และ 2,154.24 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 44.17, 44.46, และ 44.33 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และสถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561–2563 พบอัตราป่วยเบาหวานคิดเป็น 6,471.36 , 6,906.73 และ 7,285.71 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลสถิติพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง ร้อยละ 15.38, 19.41 และ 24.49 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง ตำบลนาดี อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ รับผิดชอบทั้งหมด 9 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 6,489 คน ในปี 2561-2563 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็น 4,860.79, 5,263.15 และ 5,109.26 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ มีผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 80.50, 78.07 และ 69.13 ตามลำดับ การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต วิธีการดำรงชีวิต ภาระทางด้านเศรษฐกิจซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทยเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁾

การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรม การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ การกินยาไม่ถูกต้อง ขาดความต่อเนื่องในการเข้ารับการดูแลรักษา ที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง มีการให้สุศึกษา และให้ความรู้ แต่ผู้ป่วยเบาหวานก็ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้



ดังนั้น การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded Chronic care model)⁽³⁾ 2 องค์ประกอบ คือ 1.การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) 2.การสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ชุมชน (Strengthen Community Action) มาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบลนาดี อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM)⁽³⁾ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนระยะเวลาในการวิจัย 6 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-ตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 15 คน โดยมีค่าระดับ HbA1c มากกว่า 7 2) ผู้ดูแลหลัก 15 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 13 คน 4) ผู้นำชุมชน 3 คน 5) ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 คน 6) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง 1 คน 7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก พยาบาลวิชาชีพ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อคำถามตามองค์ประกอบ ECCM⁽³⁾ 2) แบบประเมินการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 3) การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือจากการศึกษาเอกสาร ตำรา ทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามองค์ประกอบ ECCM⁽³⁾ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเบาหวาน และการดูแลโรคเรื้อรัง จำนวน 5 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามองค์ประกอบ ECCM⁽³⁾ ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับการจัดการตนเองโดยใช้ค่าเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 แปลว่า การจัดการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยมาก คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 แปลว่า การจัดการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 แปลว่า การจัดการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 แปลว่า การจัดการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 แปลว่า การจัดการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ลำดับที่ 4.2.02,13/2564 เลขที่ HE642087 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี และ 60-70 ปี ร้อยละ 33.33 อายุน้อยที่สุด 49 ปี อายุมากที่สุด 78 ปี อายุเฉลี่ย 63.07 ปี ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 11-15 ปี ร้อยละ 60.00 ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ระหว่าง 7.00–7.50 ร้อยละ 66.67 ไม่ใช้ยาสมุนไพร หรือ อาหารเสริม หรือผลิตภัณฑ์อื่น ร่วมกับการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 93.33

2) ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และ 41-45 ปี ร้อยละ 53.34 อายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 58 ปี อายุเฉลี่ย 45.27 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.00 เป็นบุตรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 46.66 ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 6-10 ปี ร้อยละ 80.00



3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 38.89 อายุน้อยที่สุด 34 ปี อายุมากที่สุด 65 ปีอายุเฉลี่ย 52.06 ปี สถานภาพผู้ร้อยละ 83.33 ประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 72.22 และได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.67

4) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง เป็นเพศหญิง อายุ 51 ปี สถานภาพสมรสคู่ เคยได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 1 ครั้ง ประสบการณ์ด้านการทำงานพยาบาล 12 ปี ประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6 ปี ประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในระดับชุมชน 4 ปี

5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเพศชาย อายุ 51 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่เคยได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ มีประสบการณ์ด้านการบริหาร 16 ปี

2. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM)⁽³⁾ จำนวน 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support)

1.1. การจัดการดูแลตนเอง พบมีการจัดการดูแลตนเอง 4 เรื่อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 ด้านอาหาร พบว่า มีการจัดการในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.12$, S.D. = 0.40) นอกจากนี้พบว่า อาหารส่วนใหญ่จะเป็น นึ่ง ต้ม ย่าง และผัด เป็นบางมื้อรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักและมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสหวาน⁽⁴⁾ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับการจัดการในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร

ข้อ	คำถาม	S.D. ระดับการจัดการ		
		$\bar{X}$		
1	ท่านรับประทานอาหารประเภทข้าวเหนียว	1.81	1.15	น้อยมาก
2	ท่านไม่รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน	3.87	0.74	มาก
3	ท่านรับประทานอาหารประเภทผักต่างๆ 3 มื้อต่อวัน	2.87	0.99	ปานกลาง
4	ท่านไม่รับประทานอาหาร เช่น ขนมทองหยิบ ทองหยอด ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้	3.53	1.30	มาก
5	ท่านไม่รับประทานอาหารว่าง ขนม ของจุบจิบ ระหว่างมื้อ	3.60	1.18	มาก
6	ท่านรับประทานอาหารผลไม้รสชาติไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง แก้วมังกร	2.27	1.33	น้อย
7	ท่านไม่ซื้ออาหารถุง อาหารตลาด รับประทาน	3.93	1.16	มาก
	รวม	3.12	0.40	ปานกลาง



1.1.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.66) นอกจากนี้ยังพบ มีการออกกำลังกายที่ไม่มีแบบแผน ไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ ออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แกว่งแขน ปั่นจักรยาน และมักจะออกกำลังกายในตอนเช้า ขณะรอหม้อข้าวสุก และผู้ป่วยคิดว่าการทำงานที่ไร่นา ทำงานนอกบ้าน สามารถทดแทนการออกกำลังกายได้ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับการจัดการในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อ	คำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการจัดการ
1	ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน/วิ่ง เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ พลอง ปั่นจักรยาน	2.47	1.40	น้อย
2	ท่านไม่ออกกำลังกายทันที หลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ	4.67	0.48	มากที่สุด
3	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และไม่หักโหมจนเกินไป	2.00	1.30	น้อย
4	หลังการออกกำลังกายท่านไม่ดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มชูกำลังสปอนเซอร์	3.93	1.38	มาก
รวม		3.26	0.66	ปานกลาง

1.1.3 ด้านการไข้ยา พบว่า มีการรับประทานยาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.75$, S.D. = 0.38) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยทราบวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาเป็นยาเม็ด และมีเพียง 2 คนที่ใช้ทั้งยารับประทานและยาฉีด รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับการจัดการในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อ	คำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการจัดการ
1	ท่านรับประทานยาโรคเบาหวานตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง	4.87	0.35	มากที่สุด
2	ท่านไม่ลดหรือเลิกรับประทานยาโรคเบาหวาน เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น	4.47	1.06	มากที่สุด
3	ท่านไม่ซื้อยาโรคเบาหวานมารับประทานเอง หรือนำยาของผู้อื่นมารับประทานเมื่อยาหมด	4.93	0.26	มากที่สุด
รวม		4.75	0.38	มากที่สุด



1.1.4 ด้านการจัดการความเครียด พบว่า มีการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.59) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยทุกคนเคยมีภาวะเครียด ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย นอนไม่หลับ ปัญหาภายในครอบครัว แต่ไม่ถึงกับเกิดความรุนแรงในครอบครัว วิธีการจัดการกับความเครียดส่วนใหญ่ จะเป็นการฟังวิทยุ พูดคุยกับคนในครอบครัว พูดคุยการเพื่อนบ้านที่ไว้ใจ ไปทำบุญที่วัดนั่งสมาธิ ออกไปทำไร่นาเพื่อให้สบายใจ ทำกิจกรรมที่ทำให้สบายใจ รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับการจัดการในการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อ	คำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการจัดการ
1	ท่านทำกิจกรรมผ่อนคลายโดยการทำงานอดิเรก เช่น ดูทีวี ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ หรือปลูกต้นไม้อื่นๆ	2.93	1.43	ปานกลาง
2	ท่านใช้วิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ การฝึกหายใจ หรือการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออื่นๆ	3.00	0.65	ปานกลาง
3	ท่านไม่ผ่อนคลายความเครียดโดยการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ หรือรับประทานยาคลายกังวล ขานอนหลับ	3.87	1.00	มาก
รวม		3.26	0.59	ปานกลาง

1.2 การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง

1.2.1 การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านอาหาร

การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านอาหารจากผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วย รับประทานจะเป็น นึ่ง ต้ม ย่าง ไม่ได้แยกประกอบอาหารผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว จะเตรียมเป็นข้าวเหนียวเป็นหลักและข้าวสวยบางมื้อ ตามความต้องการของผู้ป่วย และมีผู้ดูแลที่ซื้ออาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองด้านอาหารจากชุมชน พบว่า ในชุมชนมีร้านค้าขายอาหารปรุงสำเร็จขายในหมู่บ้าน ซึ่งนำมาจากตลาดในตอนเช้า และร้านค้าประกอบอาหารขายเอง นอกจากนี้ยังพบว่า อสม.ให้คำแนะนำการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขณะออกเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้นำชุมชนให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว

การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านอาหารจากหน่วยบริการสุขภาพ พบว่า มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ขณะผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษา



โรคเบาหวานซึ่งเป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มใหญ่ครั้งเดียว และนอกจากนี้มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ เรื่องพาข้าวรสจืด สำหรับผู้ป่วยเบาหวานช่วงให้บริการในคลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง

1.2.2 การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย

การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายจากผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกาย แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่ค่อยออกกำลังกาย ส่วนที่ออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกายแบบไม่มีแบบแผน ไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แกว่งแขน ปั่นจักรยาน ทำกิจกรรมทางกาย เช่น การทำงานที่ไ้ร่นาแทนออกกำลังกาย เป็นหลัก

การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายจากชุมชน มีกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง เป็นผู้นำเดิน แต่กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง และได้งดกิจกรรม เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้นำชุมชนมีประกาศหอกระจายข่าว อปท. สนับสนุนงบประมาณ

การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายจากหน่วยบริการ ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ในขณะที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง แต่กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ มีการสนับสนุนงบประมาณจากเงินบำรุงของหน่วยบริการ

1.2.3 การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยา

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาจากผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลจะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยา โดยการกำกับติดตามการรับประทานยา เตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา แต่การจัดยารับประทาน ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาจากชุมชน พบว่า อสม. มีบทบาทในการติดต่อและประสานงาน นอกจากนี้ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อสม. นำยาไปส่งผู้ป่วยที่บ้าน ในด้านบทบาทผู้นำ ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพ ในการทำโครงการ การใช้ยาสมเหตุสมผล ในชุมชน

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาจากหน่วยบริการ หน่วยบริการมีคลินิกโรคเรื้อรัง โดยมีสหวิชาชีพของฝ่ายเภสัช จากคลินิกหมอครอบครัวลำพานสร้างสุข ออกมาให้บริการและให้คำแนะนำ ในการใช้ยา และออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อติดตามการใช้ยา

1.2.4 การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด

การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดจากผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลสนับสนุนการจัดการความเครียดโดยการพูดคุยให้คำแนะนำผู้ป่วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ



พาผู้ป่วยไปพบเพื่อนหรือคนใกล้ชิดที่ผู้ป่วยพูดคุยด้วยแล้วสบายใจ พาไปวัด แนะนำให้ผู้ป่วย ฟังวิทยุ สวดมนต์

การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดจากชุมชน พบว่า ในชุมชน วัด เป็นสถานที่ ที่ผู้ป่วยเบาหวานไปทำบุญ ได้แลกเปลี่ยนความคิดและผ่อนคลายความเครียด โดยผู้นำชุมชนจะมีบทบาทในการจัดกิจกรรม อปท.มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม สนับสนุนงบประมาณภายหลังไม่ได้มีการทำกิจกรรมเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การสนับสนุนจัดการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดจากหน่วยบริการ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง ให้ความรู้ผู้ป่วยในการจัดการความเครียด ในวันที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง แนะนำญาติและผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย จัดกิจกรรมโครงการ ส่งเสริมสุขภาพจิต โดยให้พระสงฆ์ ในชุมชนมาให้ความรู้แต่ได้งดกิจกรรมเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. การสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน (Strengthen Community Action) ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

บทบาทของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยการเสริมสร้างความรู้ และทักษะ อสม.ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ โดยในวันที่มีการจัดคลินิกกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นคลินิกตรวจรักษาโรคเรื้อรัง 2 เดือน ต่อ 1 ครั้ง ก่อนการรับยา 1 วัน อสม.จะดำเนินการเจาะประเมินน้ำตาลในเลือด โดยเจาะปลายนิ้ว และวัดความดันโลหิต จากนั้นนำมาให้ รพ.สต. เตรียมข้อมูลผู้ป่วย ลงในแฟ้ม ประวัติการรักษา นอกจากนี้ หน่วยบริการได้ฝึกและชี้แจงระบบการทำงาน ในคลินิกให้ อสม.ได้เข้ามาช่วยดูแล

นอกจากนี้แล้ว หน่วยบริการได้เสริมสร้างทักษะ อสม.หมู่บ้านละ 2 คน ให้เป็น อสม.แพทย์แผนไทย และมาร่วมให้บริการ ประเมินเท้า วัดเท้าเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และหน่วยบริการร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน และ อปท. ได้ร่วมกันจัดทำโครงการร่วมกัน แต่โครงการที่ผ่านมาเป็นแผนงานโครงการที่ทำลักษณะคล้ายๆ กันในทุกๆ ปี ที่ยังไม่มีแผนที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน สามารถสรุปปัญหาที่สำคัญของกลุ่มต่างๆ ดังนี้ 1.กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีการควบคุมปริมาณการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารหวานจัด นอกจากนี้ยังมี



การใช้ยาน้ำสมุนไพร ขาดการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง และเข้าใจว่าการทำงานบ้าน การทำไร่ทำนา ถือเป็นการออกกำลังกายแล้ว 2.กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน⁽⁵⁾ และการดูแล ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย มีเพียงบางส่วน ที่ได้ร่วมรับฟังคำแนะนำ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ ผู้ดูแล ให้การดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของความต้องการของผู้ป่วยในเรื่อง การจัดอาหารที่ไม่เหมาะสม และการสนับสนุนการออกกำลังกาย กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโดยตรง 3.กลุ่มชุมชน อสม.ขาดทักษะในการ ติดตามเยี่ยมบ้าน อสม. ขาดความมั่นใจในการติดตามเยี่ยม ผู้นำชุมชนยังไม่ทราบบทบาทที่ชัดเจนใน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ การดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนและวิธีการดูแลผู้ป่วย 4. กลุ่มผู้ให้บริการ ไม่มี รูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน การเสริมศักยภาพชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ใน ชุมชนยังไม่เพียงพอ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตาม องค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) จำนวน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการดูแลตนเองและการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

สถานการณ์ปัญหาและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

1. การจัดการตนเองของผู้ป่วย

ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นวัยทำงานตอนปลาย และวัยสูงอายุ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 11-15 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม ในเรื่องการรับประทานอาหาร ขาดการออก กายที่ต่อเนื่อง และมีการปรับลดขนาดรับประทานเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาพงศ์ เตะชะสืบ และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ไม่แยกอาหารเฉพาะสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน มีการออกกำลังกาย น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ สร้อยสงค์⁽⁷⁾ ที่พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกิดจาก การรับประทานอาหาร โดยอาหารหลักจะรับประทานข้าวเหนียว และ รับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม และ รสจัด ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีความเครียด และไม่มาตรวจ ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของยุททมาศ วันดาว และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า การจัดการตนเองด้านการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ส่วนใหญ่ชอบของหวาน ไม่ชอบออก กาย และมักหลงลืมการรับประทานยา



2. การสนับสนุนการจัดการตนเอง

1) ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นวัยทำงาน มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยมาแล้วประมาณ 6-10 ปี ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและให้การดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้องเหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยทั้งในเรื่องอาหารและการสนับสนุนการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรตนา ทนุศ และเบญจมาศ ศิริกมลเสถียร⁽⁹⁾ ที่พบว่าองค์ประกอบด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวยังไม่เหมาะสม

2) กลุ่มผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นวัยทำงาน มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ขาดทักษะในการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ไม่ทราบบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวรวัส เลิศฤทธิ์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้นำชุมชนไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพราะไม่มีความรู้และเข้าใจว่าไม่มีหน้าที่ในการดูแล ส่วน อสม.ขาดความมั่นใจในการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3) กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน และขาดการเสริมศักยภาพชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑริกา แพงบุคดี และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์⁽¹¹⁾ ที่พบว่า หน่วยบริการด้านสุขภาพไม่มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ หรือรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน

3. การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชน

บทบาทของชุมชน ในการสนับสนุนการจัดการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าในชุมชนในยังไม่มีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน ที่ผ่านมามีเพียงการให้ผู้ป่วยไปรับยาที่คลินิกโรคเรื้อรัง มีโครงการออกกำลังกายและการออกเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

มีการสร้างเสริมความรู้และทักษะ อสม. เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้โดยชี้แจงระบบการทำงาน ในคลินิก อสม. มีบทบาทในการจัดเตรียมเพิ่มข้อมูล จัดระบบคิว ช่วยอำนวยความสะดวกในวันที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ นอกจากนี้หน่วยบริการได้เสริมสร้างทักษะ อสม. ให้สามารถประเมินเท้า และนวดเท้าเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่หลังจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การร่วมกันดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และหน่วยบริการก็ปรับการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของโรค โดยการนำส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านเพื่อลดและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหน่วยบริการร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน และอปท. ได้ร่วมกัน



จัดทำแผนงานโครงการร่วมกัน แต่เนื่องจากสถานการณ์มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม ซึ่งที่ผ่านมาในทุกปีๆ อบต. จะสนับสนุนงบในการจัดทำโครงการสอดคล้องกับการศึกษาของหัตถ์รัตน์ กันหาชิน และเพชรไสว ลีมิตรตระกูล⁽¹²⁾ ที่พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการระดมสมอง วางแผน และการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของอังสุมาลิน กรมทอง และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์⁽¹³⁾ ที่พบว่า หน่วยงานมีระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการพฤติกรรมตนเอง มีฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ภาควิชาเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาแนวทาง สนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย
2. ควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยถ่ายทอดความรู้ และให้คำแนะนำตลอดการทำวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการ คณะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอแดง คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยางตลาด ผู้นำชุมชน ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลอาสารสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม ราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: รมเย็น มีเดีย ; 2560.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์; 2563.



3. Barr, et al. The Expanded Chronic Care Model: an Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly. 2003; 7(1): 73-82.
4. ปวีณา อุดรไสว, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(3): 97-110.
5. นุจิพารณ์ ศรีไมย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(3): 57-70.
6. จุฑาพงศ์ เตชะสืบ, วราภรณ์ บุญเชียง, รังสิยา นารินทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็เบาหวานพยาบาลสาธมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาร. 2563; 47(2): 111-121.
7. สุวรรณิ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลุบล นันตา, จุฑามาศ สุขเกษม. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560; 28(2): 93-103.
8. ยุฑามาศ วันดาว, ทิพนาศ ชินวงศ์, อุดมรัตน์ ชโลธร, อรุณี ทิพย์วงศ์. ประสพการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561; 38(3): 52-64.
9. สุรัตนา ทศนุด, เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร. การศึกษาศถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559; 10(2): 29 - 40.
10. วรवास เลิศฤทธิ์. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าฝ้า อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
11. มัณฑริกา แพงบุคดี, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(3): 179-191.
12. หทัยรัตน์ กันหาชิน, เพชรไสว ลีมิตรกุล. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอบึงลักษ์ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563; 38(3): 186-195.



13. อังสุมาลิน กรมทอง, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(3): 29-41.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัว

THE EFFECT OF FAMILY HEALTH PROMOTION PROGRAM ON HEALTH BEHAVIOR AMONG CATARACT SURGERY PATIENTS AND FAMILIES

Received: August 27, 2021

Revised: April 15, 2022

Accepted: May 06, 2021

สุพรรณี อุทัย^{1*}, พัชรารณ เจนใจวิทย์¹

Supanee Oupachai^{1*}, Patcharaporn jenjaiwit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกรับการรักษาโดยการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน และครอบครัว จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมผู้ป่วย 15 คน และครอบครัว 15 คน กลุ่มทดลอง ผู้ป่วย 15 คน และครอบครัว 15 คน ดำเนินการศึกษาในเดือน มกราคม-มีนาคม 2564 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัว โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mann-Whitney U =12.50, $p < 0.001$) ครอบครัวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mann-Whitney U =63.00, $p = 0.040$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว, ต้อกระจก, พฤติกรรมสุขภาพ

¹ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Family Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: nufay2610@gmail.com



Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine effect of a family health promotion program with cataract surgery patients on health behaviors of patients and their families. The sample consisted of patients aged 60 years and over who were diagnosed with cataract treated by surgery. Post operative period not more than 1 month and family of 60 people divided into control group 15 patients and 15 families and the experimental group 15 patients and 15 families. The study was conducted from January to March 2021. Research instruments consisted of data collection was characteristics of patients and their families was. Health behaviors of cataract surgery patients and their families. The experimental instrument was a health promotion program for families with cataract surgery patients. Statistical analysis using analyzed Mann – Whitney U test. The results showed that patients who received family health promotion program in the experimental group had a mean of health behavior score higher than the control group with statistical significance ($P < 0.05$) (Mann-Whitney $U = 12.50$, $p = < 0.001$). The families in the experimental group had a mean of behavior score higher than the control group with statistical significance ($P < 0.05$) (Mann-Whitney $U = 63.00$, $p = 0.040$)

Keyword: family health promotion program, Cataract, Health Behaviors



บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดตาบอดในประชากรที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ 2020 ทั่วโลกมีคนตาบอด 33.6 ล้านคน พบมากในโรคต้อกระจก 15.2 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 45% ของผู้ป่วยตาบอดทั่วโลก⁽¹⁾ และในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรในวัยผู้สูงอายุมีภาวะต้อกระจกถึงร้อยละ 19.06 โดยพบมากที่สุดเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 50 ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง⁽²⁾ อาจเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มและบาดเจ็บได้ง่าย⁽³⁾ มีบทบาททางสังคมลดลงตามความรุนแรงของความบกพร่องทางการมองเห็น⁽⁴⁾ และมีภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁾

โรคต้อกระจก (Cataract) เกิดจากการขุ่นขาว ของเลนส์แก้วตา ทำให้มีการตามัวลงช้าๆ การรักษาโรคต้อกระจกในปัจจุบันนิยมใช้เครื่องมือสร้างคลื่นเสียงความถี่สูงสลาย ต้อกระจก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Phacoemulsification with Intraocular lens) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำให้ปิดตาหรือฝากรอบตาปิดตาผู้ป่วยไว้ เพื่อลดการใช้สายตาและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่ดวงตา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ นอนหลับพักผ่อนโดยนอนหงาย ไม่นอนตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง ร้อยละ 52.20 รับประทานอาหารที่มีเครื่องเทศ อาหารรสจัด และรับประทานของเหนียวๆ แข็งๆ ร้อยละ 43.20 และไม่มีการสังเกตความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของดวงตาในขณะหยอดตา ร้อยละ 48.60⁽⁷⁾ อีกทั้งผู้ป่วยยังมีการรับรู้ที่ผิด โดยคิดว่าหากมีแผลผ่าตัดในดวงตา เมื่อออกกำลังกาย อาจทำให้เกิดแผลแยกหรือเลนส์เลื่อน รวมถึงเกิดความกังวลเรื่องการรับประทานเนื้อสัตว์ นม ไข่ ว่าอาจทำให้แผลหายช้า⁽⁶⁾

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยครอบครัวช่วยในการดูแล แต่จากปัญหาที่พบในปัจจุบันพบว่า ครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งประเมินได้จาก สมาชิกครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก⁽⁸⁾ จากการรายงานสถิติผู้มารับบริการ โรคต้อกระจกและมีสถิติการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี มีจำนวน 1,659 ราย 1,789 ราย และ 1,931 ราย ในรายปีงบประมาณ 2559-2561 ตามลำดับ⁽⁹⁾ จากสถิติของหอผู้ป่วยตา โรงพยาบาลอุดรธานี ในปี 2559-2561 มีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ 2 ราย เนื่องจากมีปัญหาการเกิดภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกคิดเป็นร้อยละ 0, 0.06 และ 0.05 ตามลำดับ ของจำนวนผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมดในแต่ละปี⁽⁹⁾ สำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลอุดรธานีนั้น ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต้อกระจก เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคการติดเชื้อตาการหยอดตา

เพนเดอร์และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้พัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพและตีพิมพ์ผลงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1987 และปรับปรุงในปี 1996 โดยเป็นแนวคิดที่ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์



โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจิตใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเชื่อว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการที่จะมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคน ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำผ่านสื่อวีดิโอแอปพลิเคชัน เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูข้อมูล คำแนะนำผ่านสื่อวีดิโอแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิมซึ่งไม่ทันสมัย เช่น การให้คำแนะนำโดยใช้แผ่นพับ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความสนใจ ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสมหลังผ่าตัดต่อกระดูก เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านก่อนมาพบแพทย์ประมาณ 1 สัปดาห์ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์นั้นยังพบน้อย และเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคอื่น ที่ไม่ใช่โรคต่อกระดูก อาทิ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หญิงวัยรุ่นแรก⁽¹¹⁾ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชน⁽¹²⁾ ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน⁽¹³⁾ สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกนั้นยังไม่พบทั้งที่ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้และการดูแลตัวเองที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหลังผ่าตัดนั้นย่อมลดลงอีกทั้งหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น⁽¹³⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์ผ่านสื่อวีดิโอแอปพลิเคชัน สำหรับการให้การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูกและครอบครัวให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและครอบครัว และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาลอุดรธานี อยู่ในช่วง 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระดูก ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน ที่หอผู้ป่วยจักษุโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป G-power version 3.1.5 กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ 0.90 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 กำหนดค่าอิทธิพลที่ 1.42 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24 ครอบครัว ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างวิจัย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้กลุ่มละ 30 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสถานะสุขภาพของครอบครัว ที่มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ ศาสนา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อคำถามประเภทเลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกระดูกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูก ของครอบครัวมีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 10 ข้อ 2) ด้านโภชนาการ 2 ข้อ 3) ด้านกิจกรรมทางกาย 3 ข้อ 4) ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการยืดหยุ่นของครอบครัว 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เสมอ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยเลย และ ส่วนที่ 3 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและครอบครัวที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยนำทฤษฎี แนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัว ของ เพนเดอร์

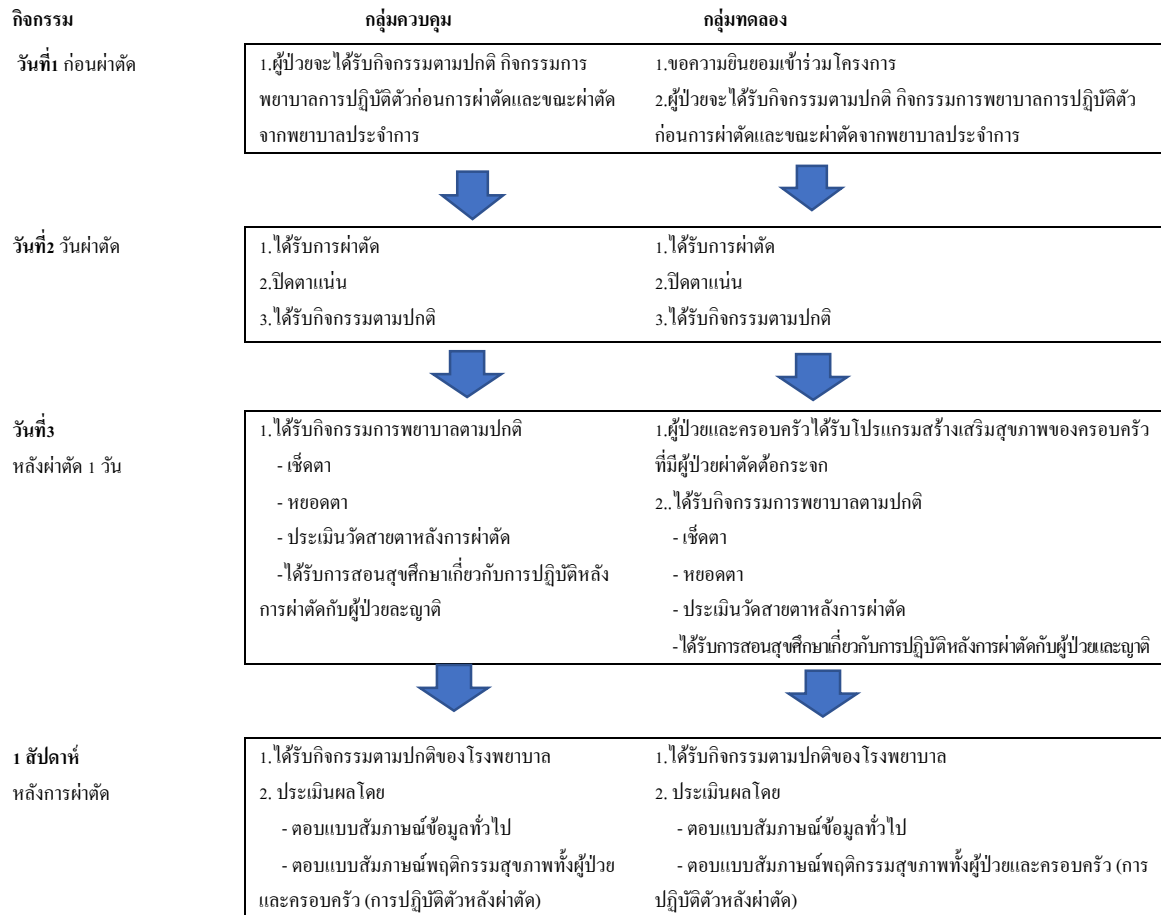
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปญาติ และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมญาติ มีค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.97 0.85 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 16 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการอนุมัติ รหัสโครงการ HE 622236 ในวันที่ 29 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่ามีข้อมูลที่ได้รับจะไม่มีการลงชื่อหรือรหัสที่แจ้งถึงกลุ่มตัวอย่าง และจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะ



นำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย โดยการเซ็นใบยินยอมตามข้อกำหนดการวิจัยในมนุษย์

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 มีอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 73.33 มีสถานะสมรสกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ-ร้อยละ 93.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่-ร้อยละ 46.66 ส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน-ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 93.33 อาการแสดงก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่มีอาการตามัว ร้อยละ 86.67 สำหรับ กลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 93.33 มีสถานะสมรสกลุ่มมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.00 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 93.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 73.33 และประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.33 มีรายได้เพียงพอ โดยมีอาการแสดงก่อนผ่าตัดมีอาการตามัวมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (n=15)		ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.456
ชาย	7	46.67	5	33.33	
หญิง	8	53.33	10	66.67	
อายุ					1.00
60-69 ปี	11	73.33	14	93.33	
มากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	4	26.67	1	6.67	
x 67.75 min 60, max 81					
สถานภาพสมรส					0.987
โสด	1	6.67	2	13.33	
คู่	10	66.66	9	60.00	
หม้าย	4	26.67	4	26.67	
ศาสนา					1.00
พุทธ	14	93.33	14	93.33	
คริสต์	1	6.67	1	6.67	
การศึกษา					0.206
ไม่ได้เรียน	2	13.33	1	6.67	



ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (n=15)		ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประถมศึกษา	8	53.33	11	73.33	0.002*
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	26.67	2	13.33	
อนุปริญญา	1	6.67	1	6.67	
อาชีพ					
รับจ้าง	1	6.67	8	53.33	0.002*
ข้าราชการบำนาญ	1	6.67	1	6.67	
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	6	40.00	4	26.67	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	46.66	2	13.33	
รายได้					<0.001*
น้อยกว่า 5,000	10	66.67	2	13.33	
5,000-10,000	2	13.33	11	73.33	
15,001-20,000	1	6.67	1	6.67	
มากกว่า 25,000	2	13.33	1	6.67	
โรคประจำตัว					0.269
ไม่มี	5	33.33	8	53.33	
มี	10	66.67	7	46.67	
อาการแสดงก่อนผ่าตัด					0.483
ตามัว	13	86.67	10	66.67	
มองไม่ชัด	1	6.67	1	6.67	
เคืองตาคันตา	2	13.33	1	6.67	
มีขี้ตา	1	6.67	1	6.67	
ปวดตา	4	26.67	2	13.33	
สวมแว่น					0.705
สวม	6	40.00	5	33.33	
ไม่สวม	9	60.00	10	66.67	
ผ่าตัดตา					0.100
เคย	4	26.7	1	6.67	
ไม่เคย	11	73.3	14	93.33	
ผ่าตัดอื่นๆ					0.483
เคย	2	13.33	1	6.67	
ไม่เคย	13	86.67	14	93.33	
กล้วการผ่าตัด					0.682
กลัว	5	33.33	3	20.0	



ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (n=15)		ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่กลัว	10	66.67	12	80.0	0.390
การได้รับคำแนะนำหลังผ่าตัด					
เคย	5	33.33	2	13.33	
ไม่เคย	10	66.67	13	86.67	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	ครอบครัวกลุ่มควบคุม (n=15)		ครอบครัวกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.439
ชาย	4	26.67	6	40.0	
หญิง	11	73.33	9	60.0	
อายุ					0.124
น้อยกว่า 40 ปี	6	40.0	8	53.33	
40 – 49 ปี	4	26.67	5	33.33	
50 – 59 ปี	3	20.0	1	6.67	
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	2	13.33	1	6.67	
x 48.5 min 26, max 67					
สถานะ					0.330
โสด	1	6.67	4	26.67	
คู่	14	93.33	11	73.33	
ศาสนา					
พุทธ	15	100.00	15	100.00	
ระดับการศึกษา					<0.001*
ประถมศึกษา	9	60.00	1	6.67	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	6.67	5	33.33	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	20.0	4	26.67	
อนุปริญญา	1	6.67	1	6.67	
ปริญญาตรี	1	6.67	4	26.67	
อาชีพ					0.501
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	6.67	1	6.67	
รับจ้าง	6	40.00	8	53.33	



ข้อมูลทั่วไป	ครอบครัวกลุ่มควบคุม (n=15)		ครอบครัวกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้าราชการบำนาญ	1	6.67	1	6.67	0.23
เกษตรกรกรรม	3	20.00	1	6.67	
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	3	20.00	3	20.00	
อื่นๆ	1	6.67	1	6.67	
รายได้					
น้อยกว่า 5,000	4	26.67	1	6.67	0.189
5,000-10,000	6	40.00	3	20.00	
10,001-15,000	2	13.33	6	40.00	
15,001-20,000	2	13.33	1	6.67	
20,001-25,000	1	6.67	4	26.67	
ความสัมพันธ์					0.189
สามี	3	20.00	1	6.67	
พี่น้อง	1	6.67	1	6.67	
บุตร	10	66.67	13	86.67	
หลาน	1	6.67	1	6.67	

จากตารางที่ 2 พบว่า ครอบครัวกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40 และมีสถานะสมรสมากที่สุด ร้อยละ 93.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40 รายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 66.67 สำหรับครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 (จำนวน 9 ราย) มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.33 มีสถานะสมรสกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 73.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ โดยจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.33 รายได้อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 86.67

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์

ข้อมูล	mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				17.00	<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.97	0.36	9.13		
กลุ่มทดลอง	3.60	0.26	21.87		
ด้านโภชนาการ				12.00	<0.001*



ข้อมูล	mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มควบคุม	2.95	0.33	8.80		
กลุ่มทดลอง	3.69	0.26	22.20		
ด้านกิจกรรมทางกาย				67.50	0.057
กลุ่มควบคุม	3.16	0.58	12.50		
กลุ่มทดลอง	3.53	0.37	18.50		
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				47.50	0.006*
กลุ่มควบคุม	3.21	0.51	11.17		
กลุ่มทดลอง	3.64	0.22	19.83		
พัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ					<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.97	0.40	9.80	27.00	
กลุ่มทดลอง	3.54	0.19	21.20		
การจัดการความเครียด				55.50	0.017*
กลุ่มควบคุม	3.00	0.52	11.70		
กลุ่มทดลอง	3.40	0.30	19.30		
ผลรวมทุกด้าน				12.50	<0.001*
กลุ่มควบคุม	3.02	0.28	8.83		
กลุ่มทดลอง	3.58	0.14	22.17		

จากตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์พบว่าโดยรวมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U =12.50, p= <0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนตามลำดับดังนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียดแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U =17.00, 12.00, 47.50, 27.00 และ 55.50, p=<0.001, <0.001, 0.006, <0.001 และ 0.017) ส่วนด้านกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ยลำดับคะแนนของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U = 67.50, p=0.057)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวหลังผ่าตัดต่อกระเจก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ (N=30)

ข้อมูล	mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				17.00	<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.97	0.36	9.13		



ข้อมูล	mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มทดลอง	3.60	0.26	21.87		
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				62.00	0.034*
กลุ่มควบคุม	3.40	0.46	12.13		
กลุ่มทดลอง	3.72	0.20	18.87		
โภชนาการ				50.50	0.007*
กลุ่มควบคุม	3.07	0.68	11.37		
กลุ่มทดลอง	3.70	0.37	19.63		
กิจกรรมทางกาย				58.00	0.017*
กลุ่มควบคุม	3.33	0.59	11.87		
กลุ่มทดลอง	3.82	0.17	19.13		
การสนับสนุนด้านทรัพยากรและการ ยืดหยุ่นของครอบครัว				103.50	0.704
กลุ่มควบคุม	3.41	0.52	14.90		
กลุ่มทดลอง	3.51	0.31	16.10		
การสนับสนุนของครอบครัว				67.00	0.054*
กลุ่มควบคุม	3.22	0.60	12.47		
กลุ่มทดลอง	3.60	0.46	18.53		
การจัดการความเครียด				110.00	0.916
กลุ่มควบคุม	3.55	0.49	15.67		
กลุ่มทดลอง	3.59	0.33	15.33		
ผลรวมทุกด้าน				63.00	0.040*
กลุ่มควบคุม	3.37	0.43	12.20		
กลุ่มทดลอง	3.74	0.39	18.80		

P < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวหลังผ่าตัดต่อกระจกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U =63.00, p= 0.040) เมื่อพิจารณารายด้าน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรายด้านตามลำดับคะแนนดังนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U =62.00, 50.50 และ 58.00, p= 0.034, 0.007 และ 0.017) ส่วนด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการยืดหยุ่นของครอบครัว ด้านการสนับสนุนของครอบครัว ด้าน



การจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยลำดับคะแนนของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U = 103.50, 67.00 และ 110, $p=0.704$, 0.054 และ 0.916)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกของกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำผ่านสื่อวิดีโอแอปพลิเคชัน เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งสื่อวิดีโอแอปพลิเคชัน ทำให้ผู้ป่วยสนใจที่จะเรียนรู้จากมีภาพวิดีโอ เคลื่อนไหว ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถเข้าใจเนื้อหาที่ซับซ้อนได้ในระยะเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด และสามารถศึกษาข้อมูลซ้ำได้หลายรอบตามความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูกโดยรวมสูงขึ้น

2. ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของครอบครัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้จากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์⁽¹⁰⁾ ครอบครัวเป็นแหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influence) ที่สำคัญมีผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล ครอบครัวแหล่งข้อมูลหลักของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ การที่ครอบครัวได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำผ่านสื่อวิดีโอแอปพลิเคชัน เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยแอปพลิเคชันไลน์ สื่อถึงพฤติกรรมที่ครอบครัวควรปฏิบัติแก่ผู้ป่วยทำให้สามารถลดปัญหาการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว และระหว่างสมาชิกครอบครัว ดังนั้น การที่ครอบครัวได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของครอบครัวดีขึ้น ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการยืดหยุ่นของครอบครัว ด้านการจัดการความเครียด ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ครอบครัวกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษาอาจมีอิทธิพลต่อระดับความเข้าใจของคนโดยทั่วไป⁽¹⁵⁾ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽¹⁶⁾



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการนำโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ทราบแน่ชัดว่าจะเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลามากพอในการ ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ฝึกทักษะการปฏิบัติตัว ได้รับการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหา ขณะเตรียมความพร้อมอยู่ที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์

2. การนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเพิ่มการปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลังผ่าตัดต้อกระจกได้ ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการใช้โปรแกรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวคิดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นรายบุคคลก่อนกลับบ้าน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัว โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Adelson J, Bourne R, Briant P, Flaxman S, Taylor H, Jonas J, et al. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Global Health 2021 Feb; 9(2): e144-e160.
2. Polack S, Kuper H, Wadud Z, Fletcher A, Foster A. (2008). Quality of life and Visual impairment from cataract in Satkhira district, Bangladesh. Br J Ophthalmol 2008; 92(8): 1026-30.
3. สิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
4. Thurston M, Thurston A, McLeod J. Socio emotional effects of the transition from sight to blindness. The British Journal of Visual Impairment 2010; 28: 90-112.
5. Wiles JL, Allen RES, Palmer AJ, Hayman KJ, Keeling S, Kerse N. Older people and their social spaces: A study of well-being and attachment to place in Aotearoa New Zealand. Social Science & Medicine 2009; 68(4): 664-71.



6. คุณฤทิ เอกพจน์, พิทยา สัจจารักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561; 32(1): 919-26.
7. เรวดี ศรีสุข, เครือวัลย์ อินทจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูก. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2563; 21(2): 65-76.
8. ไพรัตน์ สวมขุนทด, วรณิ เดียวอิสเรศ, จินตนา วัชรสินธุ์. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวระยะรอผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 26(1): 29-39.
9. สถิติหน่วยงานแผนก หู คอ จมูก โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี พ.ศ. 2561. อุดรธานี: โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี; 2561.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7th ed. NY: Pearson; 2015.
11. กษมา นาคกระแสร, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยรุ่นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2562; 33(1): 40-54.
12. ปัทมา ชาติภัทรกุล, ศุสดี ก่อเจดีย์, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศิริธร ยิ่งแรงเร้ง, ชุติมา บุรพา, ประภาส จักรพล. ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 12(ฉบับพิเศษ): 52-60.
13. สุวรรณดีแสน. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลป่าหุ่งอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย; 2549.
14. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิ. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2): 103-13.
15. วิรดา อรรถมณฑกุล, วรณิ ศรีวิสัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2556; 7(2): 18-28.
16. ชมพูนุท สิริพรหมภัทร, กิรณา แด่อารักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 12(2): 97-106.



สถานะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

FOOD SATNITATION SITUATION OF FOOD STORES IN A MUNICIPALITY SUB-DISTRICT, MUEANG DISTRIC, NAKHONPANOM PROVINCE

Received: September 19, 2021

Revised: May 11, 2022

Accepted: May 16, 2022

วัชรภัทร เตโชวีรกุล^{1*}, ดาริวรรณ เศรษฐธีรธรรม²

Watcharaphat Tecchoweerakul^{1*}, Dariwan Settheetham²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ ร้านจำหน่ายอาหารจำนวน 65 ร้าน และผู้สัมผัสอาหาร เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสำรวจสถานะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารและชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหารปรุงสุกพร้อมบริโภค ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหารด้วยชุดทดสอบเบี่ยงเบน (SI-2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบร้านจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.60 คือ การวางชั้น ตะเกียบ ไม่ถูกต้อง และวางภาชนะอุปกรณ์สูงจากพื้นน้อยกว่า 60 ซม. ด้านพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ มีอาคารตั้งอยู่ใกล้สถานที่ที่มีสาธารณูปโภคบริการอย่างครบถ้วนจะทำให้ง่ายต่อการทำความสะอาด ร้อยละ 12.30 มีการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 53.79 (95% CI 1.85-2.17) การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาชนะอุปกรณ์ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานร้อยละ 39.23 (95% CI 2.25-2.88) และการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 22.05 (95% CI 3.92-5.22)

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการกำกับดูแล ให้ความรู้ และฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของผู้บริโภค

คำสำคัญ: สุขาภิบาลอาหาร, ร้านจำหน่ายอาหาร, ผู้สัมผัสอาหาร, การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Master of Public Health program students, Faculty of Public Health Khon Kaen University.

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Associate Professor Department of Environmental Health Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health Khon Kaen University.

*Corresponding author: Watcharaphat Tecchoweerakul, Email : Watcharaphat2528@gmail.com



Abstract

The purpose of this research was to study food sanitation conditions of food shops in a sub-district municipality, Muang district, Nakhon Phanom Province. The study was conducted in the sample group, namely, food shop owners. Food handlers in restaurants and 65 food outlets in one sub-district municipality, Muang district, Nakhon Phanom Province. The instruments used to collect the data were the food sanitation survey of food stores and the coliform bacterial contamination test kit of ready-to-eat food samples, utensils and food handlers' hands with the initial Test Kit (SI-2). Data were analyzed using statistics such as percentage, mean and standard deviation.

The results of the study found that couldn't find a food store that passed the standard by the issues that do not pass the most criteria 84.60 percent were incorrectly placed spoons, chopsticks and utensils and utensils less than 60 cm. from the floor. Incorrect behavior, food shops had the least correct practices, namely, there were buildings located near the place where Full utilities will make it easier to clean 12.30% had coliform bacterial contamination in food handlers' hands 53.79 percent (95% CI 1.85-2.17). Bacteria form in the device container does not qualify. 39.23 percent (95% CI 2.25-2.88) and 22.05% (95% CI 3.92-5.22) coliform bacteria in food failed.

The coliform bacterial contamination in food did not meet the norm. The knowledge and training on food sanitation to ensure the safety of consumers' health.

Keywords: Food Sanitation Conditions, Food outlets, Food handlers, Bacterial coliform contamination



บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นการเลือกรับประทานอาหารจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงสุขลักษณะและความปลอดภัยของอาหารนั้นๆ ด้วย โดยอาหารที่รับประทานนั้นควรเป็นอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ปราศจากเชื้อจุลินทรีย์หรือสารพิษของจุลินทรีย์ ไม่มีสารพิษ สารปนเปื้อนหรือวัตถุเจือปนอาหารในปริมาณที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายได้ และจากความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีการอาหารทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ประกอบการค้า เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการลงทุน ดึงดูดความสนใจจากผู้บริโภคโดยการนำวัตถุเจือปนอาหารมาใช้ เช่น สารกันบูดหรือสารปรุงแต่ง รวมถึงขั้นตอนในการปรุงหรือประกอบอาหารที่อาจมีการปนเปื้อนของสารเคมี จุลินทรีย์ และสารพิษที่เป็นอันตรายติดมากับอาหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้ จากข้อมูลสำนักกระบาดวิทยา ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 1,038,349 ราย เสียชีวิต 2 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน พบผู้ป่วยอหิวาตกโรค 8 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต พบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ 110,396 ราย เสียชีวิต 3 ราย⁽¹⁾ สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 1,222,216 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 1840.30 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.01 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา โดยการรายงานโรคจากระบบเฝ้าระวัง 506 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 9 กันยายน 2562 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยอุจจาระร่วง ทั้งสิ้น 716,513 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,095.21 ต่อแสนประชากร อาการของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำ หรือเป็นมูกเลือด อาจมีอาเจียนหรือมีอาการขาดน้ำร่วมด้วย สาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารเคมี โดยเชื้อก่อโรคอาจเป็นเชื้อแบคทีเรีย เช่น *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* หรือ *E. coli* และ Rotavirus, Norovirus เป็นต้น⁽³⁾ สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ (food poisoning) เกิดจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรค (แบคทีเรีย ไวรัส หรือพยาธิ) ตลอดจนสารพิษจากสิ่งอื่นๆ เช่น พืชพิษ สัตว์พิษ โลหะหนัก เป็นต้น จากสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2555-2560) พบผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษมีความแตกต่างกันในแต่ละปี ดังนี้ จำนวนผู้ป่วย 119,392 131,685 134,516 129,638 138,595 และ 107,047 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษจาก 77 จังหวัด ในปี 2561 จำนวน 120,758 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 181.83 ต่อแสนประชากร และปี 2562 จำนวน 110,736 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 166.74 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย⁽⁴⁾

สถานการณ์โรคอุจจาระร่วง จังหวัดนครพนม ปี 2560, 2561 และ 2562 มีผู้ป่วยจำนวน 60,376 67,472 และ 79,023 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับและอำเภอเมืองนครพนมมีผู้ป่วยอุจจาระร่วงปี 2560, 2561 และ 2562 จำนวน 12,126 9,518 และ 13,556 รายต่อจำนวนประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁵⁾ และเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงปี 2560, 2561 และ 2562 อัตราการป่วย จำนวน 1,296 1,010 และ 1,394 ราย ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ



จากการศึกษาการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของอาหารถุงที่วางจำหน่ายในตลาดสดประเภทที่ 1 ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย พบว่า อาหารถุงมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ 68.10 โดยพบมากที่สุดในการประกอบผักลวก ผัด และแกงหรือต้ม คิดเป็นร้อยละ 87.50, 85.40 และ 58.60 ตามลำดับ⁽⁶⁾ สำหรับร้านอาหาร มีการศึกษาร้านจำหน่ายถ้วยเดียว ตำบลคำป่าหลาย อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 20 ร้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 มีคะแนนเฉลี่ย 16.35 การเตรียม และการปรุง-ประกอบวัตถุดิบ และเครื่องปรุงรส อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 มีคะแนนเฉลี่ย 13.40 มือผู้สัมผัสอาหารปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 85.00⁽⁷⁾

ผลการตรวจวิเคราะห์อาหารปรุงสุกพร้อมบริโภค น้ำดื่ม น้ำแข็ง เครื่องดื่ม และ swab ภาชนะสัมผัสอาหาร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำนวน 328 ตัวอย่าง ด้วยวิธีมาตรฐานการตรวจคุณภาพทางจุลชีววิทยาของอาหารและ Swab ภาชนะสัมผัส พบว่า ให้ผลบวกเป็นแบคทีเรียก่อโรคอาหารเป็นพิษในจังหวัดเพชรบูรณ์ ตาก อุตรดิตถ์ สุโขทัย พิษณุโลก และพิจิตร⁽⁸⁾ การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาชนะที่สัมผัสอาหาร และมือ อาจเกิดจากการล้างภาชนะ น้ำที่ใช้ล้างภาชนะ การเก็บภาชนะ และการนำภาชนะมาใช้ รวมทั้งการล้างมือไม่สะอาด แหล่งการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียอาจมาจาก ดิน น้ำ อากาศ และตัวคน ถ้ามีเชื้อโรคปะปนอยู่จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรกระบบทางเดินอาหารหรือโรคอาหารเป็นพิษได้ ผลการวิเคราะห์ตัวอย่าง มีด เขียง มือ ครก และสาก ของรถเข็นจำหน่ายอาหารด้วยวิธีการตรวจหาเชื้อโคลิแบคทีเรียด้วยชุดทดสอบขั้นต้น (SI-2) พบว่า เขียงทั้งหมดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 รองลงมา คือ สาก ร้อยละ 93.55 และมือ ร้อยละ 77.42⁽⁹⁾ ในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ยังไม่มีข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารของสถานที่จำหน่ายอาหาร เพื่อนำไปเชื่อมโยงกับปัญหาโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษที่เกิดขึ้นในพื้นที่ นำไปวางแผนปรับปรุงสถานที่จำหน่ายอาหารให้มีความสะอาดและปราศจากการปนเปื้อน เพื่อให้ผู้บริโภคอาหารได้รับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัยจำเป็นต้องมีระบบการดูแลควบคุมตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยของอาหารและการสุขาภิบาลในสถานที่จำหน่ายอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการรับประทานอาหารต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร เขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม



2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร เขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

3. เพื่อศึกษาการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) ณ ร้านจำหน่ายอาหาร จำนวน 65 ร้าน ในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจร้านจำหน่ายอาหารทั้งหมด จำนวน 65 ร้าน ในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า-ออก ร้านจำหน่ายอาหาร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ร้านจำหน่ายอาหารทั้งหมดที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 65 ร้าน 2) เจ้าของร้านจำหน่ายอาหารและพนักงานในร้านอาหารที่เป็นผู้สัมผัสอาหาร 3) เจ้าของร้านจำหน่ายอาหารและผู้สัมผัสอาหาร ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ 4) สัมผัสเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เจ้าของร้านที่เป็นรถเข็นจำหน่ายอาหาร 2) เจ้าของร้านจำหน่ายอาหาร ไม่ยินยอมให้พนักงานในร้านหรือผู้สัมผัสอาหารเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 3) เจ้าของร้านจำหน่ายอาหารและผู้สัมผัสอาหารที่ไม่สามารถ อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

ตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

1. เจ้าของร้านจำหน่ายอาหาร 65 ร้าน และพนักงานในร้านอาหารที่เป็นผู้สัมผัสอาหาร
2. อาหารปรุงสุกพร้อมบริโภคทั่วไป ได้แก่ คัด ผัด แกง ทอด ปิ้งย่าง ขนมจีน ลาบ อื่นๆ โดยการสุ่มตรวจใช้ชุดทดสอบ SI-2 จำนวน 3 ตัวอย่าง/ร้าน รวม 195 ตัวอย่าง

3. ตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนภาชนะอุปกรณ์และมือผู้สัมผัสอาหาร ดังนี้

3.1 ภาชนะอุปกรณ์ (จาน เขียง ชาม ช้อน ช้อน ตะเกียบหรือภาชนะอื่นๆ) สุ่มตรวจโดยใช้ชุดทดสอบ SI-2 $65 \times 4 = 260$ ตัวอย่าง

3.2 มือผู้สัมผัสอาหาร 65 ร้าน หลักการคัดเลือก ได้แก่ เจ้าของร้านจำหน่ายอาหารทุกร้าน พนักงานทุกคนที่มีหน้าที่ในการสัมผัสอาหารและร้านจำหน่ายอาหารทั้งหมด ทุกขนาด จำนวน 65 ร้าน โดยใช้ชุดทดสอบ SI-2 ในการตรวจมือผู้สัมผัสอาหาร รวม 158 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจสภาวะสุขภาพโภชนาการของร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การจำหน่ายอาหารในร้านอาหาร ประเภทอาหารที่จำหน่าย จำนวนผู้สัมผัสอาหาร การอบรมด้านสุขภาพโภชนาการ

ส่วนที่ 2 แบบตรวจร้านจำหน่ายอาหารของ สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตและสำรวจพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหารและสถานที่จำหน่ายอาหาร ประกอบด้วย เรื่อง อาคารสถานที่ อาหาร ผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ สัตว์ และแมลงนำโรคของ สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 24 ข้อ

2. ชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหารปรุงสุกพร้อมบริโภคภาชนะ อุปกรณ์ และมือเจ้าของร้านอาหารและมือผู้สัมผัสอาหารด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (SI-2)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

โดยการหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ความชัดเจนด้านภาษาและความต่อเนื่องของคำถาม ดำเนินการโดยนำแบบประเมินสุขภาพร้านจำหน่ายอาหาร และแบบสังเกตพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหารและสถานที่จำหน่ายอาหาร ในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีประสบการณ์ด้านสุขภาพอาหารพิจารณา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ 1 คน เกษีกรระดับปฏิบัติการ 1 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 มาใช้เป็นข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ดังนี้ 1) การประเมินสุขภาพร้านจำหน่ายอาหาร โดยการหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย 2) การประเมินพฤติกรรมแบบสังเกตและสำรวจพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหารและสถานที่จำหน่ายอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย และ 3) การตรวจการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย อาหารปรุงสุกพร้อมบริโภค ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหารด้วยวิธีการตรวจเบื้องต้น (SI-2) โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่า 95 % CI และเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642082 รับรอง ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2560 ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบเชิงลบกับกลุ่มตัวอย่างที่อาสาเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.30 มีอายุต่ำสุด เท่ากับ 27 ปี มีอายุสูงสุด เท่ากับ 59 ปี มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 45.40 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.70) เมื่อจำแนกช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.10 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 44.60 มีระยะเวลาของประสบการณ์จำหน่ายอาหารในร้านจำหน่ายอาหารต่ำสุดเท่ากับ 1 ปี และสูงสุดเท่ากับ 4 ปี มีระยะเวลาของประสบการณ์โดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90) โดยเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของประสบการณ์จำหน่ายอาหารในร้านอาหาร 4 ปี ร้อยละ 46.20 ส่วนประเภทอาหารที่จำหน่าย มากที่สุด คือ จำหน่ายอาหารตามสั่ง ร้อยละ 33.80 รองลงมา คือ ก๋วยเตี๋ยว ร้อยละ 23.10 และส้มตำ ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

2. ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงแล้วทุกชนิด ร้อยละ 92.30 รองลงมาคือผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภคโดยมีน้ำและอาหาร เป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด ร้อยละ 90.80 และพบว่า ร้านจำหน่ายอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ซ่อน ส้วม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปรงสะอาด และมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. ร้อยละ 84.60 รองลงมาคือ มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้องหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 50.80 และผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวก หรือเน็ตคลุมผม ร้อยละ 44.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของร้านจำหน่ายอาหารจำแนกตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร (n=65)

ข้อ	ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร	จำนวน (ร้อยละ)	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	สถานที่รับประทานอาหาร สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วนผนังหรือเพดานสะอาดไม่มีหยากไย่มีแสงสว่างเพียงพอ	50 (76.90)	15 (23.10)



ข้อ	ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร	จำนวน (ร้อยละ)	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน
2	ไม่เตรียมอาหารบนพื้น และบริเวณหน้าหรือใน ห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	56 (86.20)	9 (13.80)
3	ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น เลขทะเบียนคำรับอาหาร (อย.) เครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)	59 (90.80)	6 (9.20)
4	อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน เช่น อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ไม่สูงกว่า 7.20 องศาเซลเซียสและอาหารแห้งไม่พบเชื้อรา สิ่งสกปรก และสิ่งแปลกปลอม	57 (87.70)	8 (12.30)
5	อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	60 (92.30)	5 (7.70)
6	น้ำแข็งบริ โภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และไม่นำอาหารหรือสิ่งของอย่างอื่นไปแช่รวมในถังน้ำแข็งที่บริ โภค	49 (75.40)	16 (24.60)
7	ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือ ล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	57 (87.70)	8 (12.30)
8	เงี่ยงและมิดต้องสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก-ดิบ และผักผลไม้	53 (81.50)	12 (18.50)
9	ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปรงสะอาด และมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	10 (15.40)	55 (84.60)
10	มูลฝอยและน้ำเสียทุกชนิดได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล	32 (49.20)	33 (50.80)
11	ห้องส้วมสำหรับผู้บริ โภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่/น้ำยาล้างมือ/เจลแอลกอฮอล์ใช้ตลอดเวลา	48 (73.90)	17 (26.10)
12	ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม	36 (55.40)	29 (44.60)
13	ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์หยิบจับอาหารที่ปรุงแล้วทุกชนิด	60 (92.30)	5 (7.70)
14	ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร	56 (86.20)	9 (13.80)
15	ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริ โภคโดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด	59 (90.80)	6 (9.20)



เมื่อจำแนกร้านจำหน่ายอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยใช้แบบตรวจร้านจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารมีทั้งหมด 15 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ ผ่าน และไม่ผ่าน โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง 15 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ และปฏิบัติถูกต้องน้อยกว่า 15 ข้อ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ไม่มีร้านจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการประเมินสภาวะสุขาภิบาลของสถานที่จำหน่ายอาหาร (n=65)

เกณฑ์มาตรฐาน	จำนวน (ร้าน)	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	0	0
ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	65	100.00

3. การสังเกตและสำรวจพฤติกรรม ผู้สัมผัสอาหาร และสถานที่จำหน่ายอาหาร มีผลการศึกษาในแต่ละหมวด ดังนี้ 1) หมวดอาคาร พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้อง มากที่สุด คือ ห้องครัวควรห่างจากห้องส้วม หรือบริเวณสถานที่เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 93.90 แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ มีอาคารตั้งอยู่ใกล้สถานที่ที่มีสาธารณูปโภคบริการอย่างครบถ้วนจะทำให้ง่ายต่อการทำความสะอาด ร้อยละ 12.30 2) หมวดสถานที่ พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้อง มากที่สุดมีอ่างล้างมือพร้อมสบู่/น้ำยาล้างมือ/เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 92.30 รองลงมาคือ โต๊ะเก้าอี้ สะอาด จัดเป็นระเบียบ ร้อยละ 86.10 และพบว่าร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง สูงที่สุดคือ เรื่องการมีจุดตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและจุดล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนเข้าใช้บริการในร้านจำหน่ายอาหาร ร้อยละ 95.40 และพบว่า เกินครึ่ง (ร้อยละ 63.10) สถานที่ร้านจำหน่ายอาหารมีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่น และควันจากการทำอาหารได้ดี มีปล่องระบายควัน หรือพัดลมดูดอากาศที่ใช้งานได้ดี ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 3) หมวดอาหาร พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ มีการล้างผักก่อนนำมาปรุงและประกอบอาหาร ร้อยละ 84.60 และเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.60) ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ ไม่วางอาหารและภาชนะที่ใช้ในการปรุงและประกอบ อาหารบนพื้น และประมาณหนึ่งในสามของร้านจำหน่ายอาหาร (ร้อยละ 30.50) มีการแยกเก็บอาหาร เป็นสัดส่วน เช่น เนื้อสัตว์ ผัก และอาหารแห้ง มีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง 4) หมวดผู้สัมผัสอาหาร พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้อง มากที่สุด คือ ล้างมือก่อนและหลังหยิบอาหารหรือก่อนจำหน่ายอาหาร ร้อยละ 84.60 แต่ยังคงพบว่า ประมาณสองในสาม (ร้อยละ 67.70) ของร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ ไม่พุดคุย หรือ แคะ แทะ แกะ ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ขณะปฏิบัติงาน และร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เรื่อง เล็บมือสะอาด ไม่ทำสีเล็บ ไม่ไว้เล็บยาว และไม่ใช้มือหยิบชิมอาหาร หรือหยิบจับอาหารโดยตรง ร้อยละ 58.50, 49.20 ตามลำดับ 5) หมวดภาชนะอุปกรณ์ พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารที่ปฏิบัติ



ถูกต้องมากที่สุด คือมีการทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ทุกครั้งหลังการประกอบอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 84.60 รองลงมา คือ ไม่นำแก้วที่ใช้ดื่มจ้วงตักน้ำดื่ม และน้ำแข็งโดยตรง ร้อยละ 81.50 แต่ยังพบว่า ประมาทหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.80) ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เรื่อง ขวด อุปกรณ์ เครื่องปรุงอาหาร เช่น น้ำปลา น้ำส้มสายชู สะอาดไม่มีคราบสกปรก 6) หมวคส์ตัวและแมลงนำโรค พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารที่ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ ไม่มีแมลงวันบินรบกวน หรือไม่มีกลิ่นแมลงสาบ ในบริเวณที่ปรุงและประกอบอาหาร ร้อยละ 83.10 แต่ยังพบว่าเกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 29.20) ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เรื่อง ไม่มีส้วมนำโรคในบริเวณที่ปรุง ประกอบและพื้นที่ รับประทานอาหาร และ 7) หมวคส์แวคคูลัม พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารที่ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุดคือ ไม่เทน้ำที่ใช้ล้างภาชนะ หรือใช้ล้างผัก/เนื้อ ทั้งบนพื้น หรือถนน ร้อยละ 89.20 แต่ยังพบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เรื่อง ทั้งขยะและเศษอาหารในถังขยะที่มีฝาปิด หรือถุงปิดมิดชิด และ บริเวณที่ปรุงและประกอบอาหารไม่มีเศษขยะ ร้อยละ 66.10, 60.00 ตามลำดับ และ ประมาทหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 24.60) ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เรื่อง ผ้าที่ใช้เช็ดมือไม่นำไปเช็ดภาชนะอื่นๆ

4. การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย พบว่า การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 53.79 (95% CI 1.85-2.17) การปนเปื้อน โคลิฟอร์มแบคทีเรียใน ภาชนะอุปกรณ์ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานร้อยละ 39.23 (95% CI 2.25-2.88) และการปนเปื้อนโคลิฟอร์ม แบคทีเรียในอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 22.05 (95% CI 3.92-5.22) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อน โคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสุก ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหาร

ตัวอย่าง ที่ตรวจ	จำนวน ตัวอย่าง	ตรวจไม่พบ		ตรวจพบ		95% CI	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Lower	Upper
ตัวอย่างอาหาร	195	152	77.95	43	22.05	3.92	5.22
ภาชนะอุปกรณ์	260	158	60.77	102	39.23	2.25	2.88
มือผู้สัมผัสอาหาร	158	73	46.20	85	53.80	1.85	2.17
รวม	613	383	62.48	230	37.52	2.46	2.88

สรุปผลการวิจัย

สุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร พบว่า ไม่มีร้านจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่ก็ยังพบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บใน ภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาด



ก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงแล้วทุกชนิด ร้อยละ 92.30 และพบว่า ร้านจำหน่ายอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด และมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. ร้อยละ 84.60

พฤติกรรมผู้สัมผัสอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ ห้องครัวควรห่างจากห้องส้วมหรือบริเวณสถานที่เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 93.90 อย่างไรก็ตามพบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ มีอาคาร ตั้งอยู่ใกล้สถานที่ที่มีสาธารณูปโภค บริการอย่างครบถ้วนจะทำให้ง่ายต่อการทำความสะอาด ร้อยละ 12.30 หมวดสถานที่ พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุดมีอ่างล้างมือ พร้อมสบู่/น้ำยาล้างมือ/เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 92.30 และยังพบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องสูงที่สุด คือ เรื่องการมีจุดตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและจุดล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนเข้าใช้บริการในร้านจำหน่ายอาหาร ร้อยละ 95.40 หมวดอาหาร พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ มีการล้างผักก่อนนำมาปรุง และประกอบอาหาร ร้อยละ 84.60 หมวดผู้สัมผัสอาหาร พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารมีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ ล้างมือก่อน-หลังหยิบอาหารหรือก่อนจำหน่ายอาหาร ร้อยละ 84.60 หมวดภาชนะอุปกรณ์ พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารที่ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ มีการทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ทุกครั้งหลังการประกอบอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 84.60 หมวดสัตว์และแมลงนำโรค พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารที่ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ ไม่มีแมลงวันบินรบกวน หรือไม่มีกลิ่นแมลงสาบในบริเวณที่ปรุงและประกอบอาหาร ร้อยละ 83.10 หมวดสิ่งแวดลอม พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารที่ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ ไม่เทน้ำที่ใช้ล้างภาชนะ หรือใช้ล้างผัก/เนื้อทิ้งบนพื้น หรือถนน ร้อยละ 89.20

การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร พบว่าการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 53.79 (95% CI 1.85-2.17) การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาชนะอุปกรณ์ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 39.23 (95% CI 2.25-2.88) และการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 22.05 (95% CI 3.92-52.2)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ร้านจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วเก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาด ก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้งใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงแล้วทุกชนิด ร้อยละ 92.30 ส่วนร้านจำหน่ายอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด และมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. ร้อยละ 84.60 รองลงมาคือ มูลฝอย และน้ำเสีย ผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารและผู้สัมผัสอาหารขณะที่วางช้อน ส้อม ตะเกียบ ในภาชนะ



รองรับจะยึดถือความเคยชินและจับต้องภาชนะอุปกรณ์บริเวณส่วนที่ใช้สัมผัสอาหารทำให้เกิดการปนเปื้อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพร จุฬราช และมาริษา ภูักัญญกุล⁽¹⁰⁾ ศึกษาการสุขาภิบาลร้านอาหารหวานและเครื่องดื่มและสิ่งแวดล้อมของร้านอาหาร โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสกลนคร พบว่า การสุขาภิบาลอาหารร้านอาหารหวานและเครื่องดื่มทั้งหมด 23 ร้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานในทุกด้านเพียงร้อยละ 30.40 โดยข้อมาตรฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดคือ ช้อนไม่วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะที่โปร่งสะอาด หรือวางไม่เป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและมีการปกปิดตั้งสูงจากพื้นน้อยกว่า 60 ซม ร้อยละ 43.50 และตามหลักสุขาภิบาลอาหาร การเก็บภาชนะอุปกรณ์ที่ผ่านการทุกชนิดได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 50.80 การเก็บภาชนะอุปกรณ์ ประเภท ช้อน ส้อม ตะเกียบ ให้เก็บในภาชนะตะกร้าสูงโปร่ง ให้ส่วนที่ใช้จับหรือดักลงล่างให้ส่วนที่เป็นด้ามขึ้นให้เก็บในที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และการสังเกตร้านจำหน่ายอาหารการจัดการมูลฝอยและน้ำเสียพบว่า ถึงขยะไม่มีฝาปิด หรือไม่มีการปิดฝาถัง บริเวณรอบๆ ถึงขยะ ยังมีเศษขยะ เศษอาหารหล่นอยู่ การกำจัดขยะทางร้านจะรวบรวมขยะใส่ถุงดำ เพื่อให้ทางหน่วยงานเทศบาลมาจัดเก็บในช่วงเช้าของทุกวัน ซึ่งยังไม่มีมีการแยกประเภทขยะตามหลัก 3 R ทำให้เกิดขยะเป็นจำนวนมาก และการกำจัดน้ำเสียพบว่า ระบบระบายน้ำทั้งจากห้องครัวยังไม่มีย่อดักไขมันและบ่อบำบัดน้ำเสียจะปล่อยน้ำเสียไหลลงสู่คลองสาธารณะโดยตรง นอกจากนั้นการจัดการขยะที่ไม่ดีอาจจะทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น มีแมลงวันและสัตว์นำโรคมารบกวน กลิ่นจากถังขยะรบกวนผู้บริโภครับประทานอาหารในบริเวณที่รับประทานและเกิดปัญหาเรื่องร้องเรียนเกิดขึ้น รบกวนผู้พักอาศัยบริเวณใกล้เคียงตามหลักสุขาภิบาลอาหารเรื่องการรวบรวมขยะ คือ ถึงขยะต้องไม่รั่วซึมมีฝาปิด การเก็บขยะควรแยกขยะประเภทต่างๆ ออกจากกันและต้องเก็บรวบรวมให้มิดชิด โดยควรสวมถุงพลาสติกไว้ด้านในปิดฝาดังขยะด้วย ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารมีการแต่งกายสะอาดสวมเสื้อมีแขน แต่ผู้ประกอบการส่วนใหญ่จะผูกผ้ากันเปื้อนที่มีหลากสี เพราะผ้ากันเปื้อนสีขาวทำให้เปื้อนง่าย ซึ่งตามหลักสุขาภิบาลที่ถูกต้องนั้นผู้ประกอบการหรือผู้สัมผัสอาหารควรสวมผ้ากันเปื้อนที่มีสีขาว เพื่อจะให้ผู้ประกอบการหรือผู้สัมผัสอาหารได้เกิดความระมัดระวังไม่ให้อาหารสัมผัสกับผู้ขาย และความสะอาดป้องกันการปนเปื้อนข้ามผู้ประกอบการควรเปลี่ยนและทำความสะอาดผ้ากันเปื้อนทุกวัน การมีกระเป๋ที่ผ้ากันเปื้อน จะทำให้เกิดความสะดวกในการทอนเงินและเก็บเงิน แต่ตามหลักสุขาภิบาลแล้วไม่ควรมีการล้างมือ ฟอกสบู่หลังจากออกจากห้องน้ำ ห้องส้วมย่อมจะทำให้เกิดการเสี่ยงมากขึ้นและการสวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม ตามหลักสุขาภิบาลอาหาร⁽¹¹⁾

การสังเกตและสำรวจพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหารในร้านจำหน่ายอาหารปฏิบัติไม่ถูกต้องส่วนใหญ่คือ มีจุดตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและจุดล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนเข้าให้บริการในร้านจำหน่ายอาหาร ร้อยละ 95.38 รองลงมา คือ ไม่พุดคุย หรือ แคะ แกะ เกา ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ในขณะที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 70.96 และน้อยที่สุด คือ ห้องครัวควรห่างจากห้องส้วม หรือบริเวณสถานที่เลี้ยงสัตว์ร้อยละ 6.15



จากการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมส่วนใหญ่ผู้ประกอบการยังไม่ให้ความสำคัญในการมีจุดตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายจะมีเพียงจุดล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ เนื่องจากปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ร้านอาหารถือเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ได้ง่าย ดังนั้นผู้ประกอบการ พนักงาน และผู้ให้บริการ ควรดำเนินการ จัดให้มีจุดตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย และคัดกรองอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส สำหรับพนักงานและผู้ให้บริการทุกคน ก่อนเข้าปฏิบัติงานและใช้บริการในร้านอาหาร โดยหากพบว่า มีอาการดังกล่าวควรแจ้งเตือนให้รีบเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทันที และในขณะจำหน่ายอาหารพบ มีการพูดคุยแกะ เกาส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคสามารถพบได้ในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย เช่น ผิวหนัง มือ หู ในลำคอ และเส้นผม เป็นต้น โดยสามารถแพร่กระจายจากการสัมผัส ที่ใบหน้าเส้นผม หรือส่วนต่างๆ ของร่างกายก่อนการประกอบอาหารถึงแม้ว่าจะมีสุขภาพ สมบูรณ์และได้ชำระล้างร่างกายอย่างสะอาดก็อาจจะเป็นพาหะของแบคทีเรียและไวรัสจนเกิดแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นได้⁽¹²⁾ เนื่องจากจะทำให้เกิดการปนเปื้อนข้ามหากผู้ประกอบการหรือผู้สัมผัสอาหาร ไม่มีความรู้เกี่ยวกับด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล

ส่วนการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหาร ภาชนะอุปกรณ์และมือผู้สัมผัสอาหารในร้านจำหน่ายอาหารด้วยวิธีการตรวจหาเชื้อ โคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยชุดทดสอบขั้นต้น (SI-2) ถ้าผลการตรวจเป็นลบถือว่าผ่านเกณฑ์ และถ้าผลการตรวจเป็นบวก ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมือผู้สัมผัสอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 53.79 (95% CI 1.85-2.17) ตัวอย่างในภาชนะอุปกรณ์ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 39.23 (95% CI 2.25-2.88) และการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 22.05 (95% CI 3.92-5.22) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนของโคลิฟอร์มแบคทีเรียไปสู่อาหารที่สัมผัสและปนเปื้อนไปสู่อาหารได้ซึ่งตามประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เรื่อง เกณฑ์คุณภาพทางจุลชีววิทยาอาหารและภาชนะสัมผัสอาหาร 2553 ในมือผู้สัมผัสอาหารจะต้องไม่พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย⁽¹²⁾

ดังนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญควรจัดอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารให้กับผู้ประกอบการที่จำหน่ายอาหาร และคู่มือหลักการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหาร การออกตรวจติดตาม และประเมินผลเพื่อกำหนดมาตรการที่จะแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพของอาหารสู่ผู้บริโภคให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารควรปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร โดยเน้นย้ำถึงเรื่องข้อสัมผัส ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด และมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. หลีกเลี่ยงการจับต้องภาชนะอุปกรณ์บริเวณส่วนที่ใช้สัมผัสอาหารและมูลฝอย และผู้สัมผัสอาหารต้อง



แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงอาหารต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม รวมถึงการทำความสะอาดมือของผู้สัมผัสอาหาร ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการให้

2. ร้านอาหารถือเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ได้ง่ายผู้ประกอบการจึงควรดำเนินการจัดให้มีจุดตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและคัดกรองพนักงานและผู้ให้บริการทุกคนก่อนเข้าปฏิบัติงานและให้บริการในร้านอาหารทุกครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ผู้เป็นที่ปรึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน ตลอดจนเจ้าของร้านจำหน่ายอาหารและพนักงานในร้านอาหารที่เป็นผู้สัมผัสอาหาร ในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2560. [เข้าถึง 10 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2019/08-1018.pdf>
2. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2561. [เข้าถึง 10 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/boeddb/surdata/index.php>
3. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงประเทศไทย ณ วันที่ 9 กันยายน 2562 [ออนไลน์]. 2562. [เข้าถึง 10 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/doe/news.php?news=9361&deptcode=doe>
4. ประกาศ ผูกดวง, เวสารัช วรุตมะพงศ์พันธ์. การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจากเชื้อ *Bacillus cereus/Heromonas nutrophila/Aeromonas caviae* และ *Aeromonas veroni biovar sobria* ในอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 11(1): 182-191.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วง จังหวัดนครพนม ปี 2560, 2561 และ 2562 [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึง 10 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://odpc8.ddc.moph.go.th/upload.pdf>
6. คารณี แก้วจุมพล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของอาหารถุงที่วางจำหน่ายในตลาดสดประเภทที่ 1: กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดหนองคาย. ขอนแก่น; ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.



7. ชีรดา ป้องสีดา, คาริวรรณ เศรษฐีธรรม. สภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายก๋วยเตี๋ยวในเขตตำบลคำป่าหลาย อำเภอเมืองจังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 12(1): 22-31.
8. เสาวนิตย์ บุญพัฒนศักดิ์, กมลรัตน์ ศิริโยธา. แบบที่เรียกชื่อโรคอาหารเป็นพิษในเขตสุขภาพที่ 2 ระหว่างปีงบประมาณ 2556-2560. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค. 2562; 6(1): 1-15.
9. พุทธจักร ช่วยราย. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านแผงลอยจำหน่ายอาหารเขตอำเภอชะเมา จังหวัดระยอง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2558; 2(3): 41-61.
10. ภัทรพร จุลราช, มารีษา ภูภิญโญกุล, อบเชย วงศ์ทอง. การสุขาภิบาลร้านอาหารหวานและเครื่องดื่มและสิ่งแวดล้อมของร้านอาหารโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นฉบับบัณฑิตศึกษา. 2550; 7(4):91-96.
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อกำหนดสุขาภิบาลร้านอาหาร [ออนไลน์]. 2556. [เข้าถึง 14 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://foodsafety.anamai.moph.go.th/main.php?filename=restaurant>
12. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กระทรวงสาธารณสุข. ผู้สัมผัสอาหารและผู้ประกอบกิจการด้านอาหาร [ออนไลน์]. 2557. [เข้าถึง 14 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://foodsafety.anamai.moph.go.th/Handbook>



พฤติกรรมและปัจจัยเชิงสาเหตุในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน BEHAVIORS AND CAUSAL FACTORS IN SOLID WASTE MANAGEMENT OF LOCAL PEOPLE IN THE COMMUNITY

Received: December 24, 2021

Revised: May 12, 2022

Accepted: May 27, 2022

ศุภกิจ ศรีสำราญ¹, สาทินี สิริวัฒน์², อภิรดี วังคะฮาด², จักรกฤษณ์ พลราชม^{3*}
Supakit Srisumran¹, Satinee Siriwat², Apiradee Wangkahart², Chakkrit Ponrachom^{3*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย พร้อมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มย่อย จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ประชาชนโดยคัดเลือกอย่างเจาะจงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสกลนคร จำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน รวม 24 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยยังมีลักษณะเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การมุ่งเน้นการเผาขยะมูลฝอย การนำขยะมูลฝอยไปทิ้งในพื้นที่สาธารณะ และไม่คัดแยกขยะมูลฝอย โดยมีปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมที่มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย และการมีเจตคติเชิงลบต่อการจัดการขยะมูลฝอย แนวทางการแก้ไข คือ ประชาชนทุกคน ทุกครัวเรือนจะต้องช่วยกันในการแก้ไขปัญหา โดยการมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชุมชนเป็นหน่วยงานในการสนับสนุน

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชนที่คำนึงถึงปัจจัยเชิงสาเหตุทั้ง 2 ประการดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และนำไปสู่การกำหนดมาตรการในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย, ปัจจัยเชิงสาเหตุ, ประชาชน, การวิจัยเชิงคุณภาพ

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

³ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
Faculty of Education, Kasetsart University

*Corresponding author E-mail : feduckp@ku.ac.th



Abstract

The objectives of this qualitative research were to understand behaviors and causal factors of solid waste management behavior and to propose the guidelines for solving the problems of solid waste management of the people in the community. Data were collected by key informants were people with purposive sampling that used focus group discussion, from 3 groups (8 informants/group), totaling 24 people. Data were analyzed using a content analysis.

The major findings indicated as follows: solid waste management behaviors were undesirable because local people focused on burning solid waste, disposing of solid waste in public areas and ignored to sort solid waste. These undesired behaviors were caused by causal factors, which were personal factors, namely: insufficient knowledge of solid waste management and negative attitudes towards solid waste management. The most important solutions include that all people and every household must participate in solving the problem while local administrative organizations in the community act as supporting bodies.

The findings lead to the suggestions that behavioral modification program in solid waste management of the people in the community should be organized by local administrative organizations under the consideration of two aforementioned causal factors in order to change undesirable behaviors to desirable ones, leading to the formulation of proper and appropriate measures of solid waste management.

Keywords: Solid waste management behaviors, Causal factors, People, Qualitative research



บทนำ

ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่อยู่คู่กับสังคมไทยมายาวนาน ซึ่งทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาตั้งแต่ต้นทาง จนถึงปลายทาง เนื่องจากหากขยะมูลฝอยได้รับการจัดการอย่างไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดมลพิษ เหตุเคื้อครื้อนรำคาญ และเป็นสาเหตุหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก ซึ่งจากสถานการณ์ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้น ประมาณ 25.37 ล้านตัน หรือประมาณ 69,322 ตันต่อวัน หรือมีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยชุมชน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.05 กิโลกรัม/คน/วัน โดยที่ผ่านมามีพบว่า กระทรวงมหาดไทยโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้ดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนผ่านแผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” โดยมุ่งเน้นการจัดการขยะมูลฝอย ชุมชนให้ครอบคลุมทั้งต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยส่งเสริมการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างคุ้มค่า มุ่งเน้นการลดใช้ถุงพลาสติกและโฟม และส่งเสริมการใช้งานผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม แต่ยังคงพบว่ามีถึงร้อยละ 31.06 (7.88 ล้านตัน) ที่มีการกำจัดขยะมูลฝอยชุมชนไม่ถูกต้อง⁽¹⁾ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560–2564 ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการขยะมูลฝอยเป็นอย่างมาก เนื่องจากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกำลังเป็นปัญหา เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมเพิ่มสูงขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมือง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและต้นทุนทางเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

จังหวัดสกลนครมีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นถึง 896.10 ตัน/วัน โดยมีถึงร้อยละ 30.78 ที่มีการกำจัดที่ไม่ถูกต้อง⁽¹⁾ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี เนื่องจากการขยายตัวของชุมชนเมือง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมเมือง การเพิ่มขึ้นของประชากร การส่งเสริมการท่องเที่ยว การบริโภคที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีปริมาณขยะมูลฝอยในหลายพื้นที่เพิ่มมากขึ้น แนวทางการแก้ไขของจังหวัดสกลนคร ในปัจจุบันดำเนินการตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล ซึ่งถูกกำหนดกรอบและทิศทางการดำเนินงานโดยแผนแม่บทการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. 2559-2564 โดยมาตรการส่งเสริมกิจกรรมที่ลดการเกิดขยะมูลฝอยทุกวิถีทาง ตั้งแต่การใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างคุ้มค่าและซื้อผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อลดปริมาณการเกิดขยะมูลฝอยและส่งเสริมการคัดแยกตั้งแต่ต้นทาง⁽³⁾ ซึ่งบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยที่ต้นทางอย่างมีประสิทธิภาพนั้นถือเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ก็เป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติแต่ที่ผ่านมากลับพบว่า ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร อาจเป็นไปได้ว่าการดำเนินการแก้ไข



ปัญหาที่ผ่านมาไม่ได้เริ่มจากการวิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับพฤติกรรมของประชาชน ที่เป็นผู้ที่สามารถจัดการขยะมูลฝอยที่ต้นทางหรือขยะมูลฝอยครัวเรือน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนมีลักษณะเป็นสหปัจจัย (Multi-factors) โดยที่สำคัญคือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล อาทิเช่น ความรู้ การรับรู้ ค่านิยม เป็นต้น⁽⁴⁻⁷⁾ ดังนั้น หากสามารถค้นหาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลได้ จะสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชน อีกทั้งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความลุ่มลึก รอบด้าน อีกทั้งเป็นการขยายองค์ความรู้โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนที่ยังไม่พึงประสงค์ ผลการศึกษาที่ได้นั้นจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดำเนินการ โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะที่ต้นทางโดยประชาชน เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในอำเภอพรหมานิกม จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในอำเภอพรหมานิกม จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนในมุมมองของประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในอำเภอพรหมานิกม จังหวัดสกลนคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สนทนากันในประเด็นต่างๆ ตามแนวคำถามซึ่งมีผู้ดำเนินการสนทนาหรือพิธีกร (Moderator) เป็นผู้นำการสนทนาและพยายามชักจูงให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆ อย่างลึกซึ้งที่สุด นอกจากนี้ ยังมีผู้จดบันทึกคำสนทนา



(Note Taker) ทำหน้าที่จดบันทึกคำพูดและอากัปกริยา ในกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งมีการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยมีวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)⁽⁸⁾ โดยการเลือกตัวอย่างแบบเอกพันธ์ (Homogeneous Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างที่ตัวอย่างมีภูมิหลังหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยลดความผันแปรหรือลดความแตกต่างของข้อมูล และช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้ง่ายขึ้น ตลอดจนช่วยอำนวยความสะดวกและเหมาะสมสำหรับการสนทนากลุ่ม⁽⁹⁾ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1) ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในอำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) เป็นผู้อ่านออกเขียนได้ และสามารถสื่อสารได้ และ 3) สนใจเข้าร่วมการศึกษา โดยได้ลงนามยินยอมตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน รวม 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือและกุญแจสำคัญที่จะได้มาซึ่งข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีอุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ ดังนี้

(1) เครื่องบันทึกเสียง (Audio-Tape Record) เพื่อบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

(2) การจดบันทึกขณะและหลังการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ซึ่งจดข้อมูลสำคัญๆ เกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตเห็น การแสดงสีหน้า ท่าทาง ประเด็นที่น่าสนใจ หรือบันทึกย่อขณะที่ฟัง เพื่อป้องกันการลืมและนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกรายละเอียดเมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม

(3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม การจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน มาสร้างแนวคำถาม (Interview Guideline) ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยคำถามที่สำคัญคือ (1) วิธีการจัดการกับขยะมูลฝอยครัวเรือน (2) วิธีการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน เหตุผลที่ทำเช่นนั้น เพราะอะไร และ (3) แนวทางแก้ไขปัญหามลพิษจากการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม บันทึกเทปและ ผู้ช่วยวิจัยมีการบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field Note) ตามความเป็นจริง พร้อมทั้งข้อมูลที่ถูกรับบันทึกจะนำมาถอดเทปรายวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปศึกษา



เพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งในการดำเนินการวิจัยนั้นอยู่ในช่วงเวลาของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามคำสั่งและประกาศของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสกลนครอย่างเคร่งครัด⁽¹⁰⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดำเนินการนำเทปบันทึกเสียงที่ได้มาถอดรหัสแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) หลังจากที่ได้ผ่านการสนทนากลุ่มครั้งแรก เพื่อพิจารณาประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน โดยก่อนการจบสนทนากลุ่มทุกครั้ง ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ด้วยวิธีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนยุติการสนทนากลุ่มทุกครั้ง ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบประเด็นสำคัญให้ตรงกับความรู้สึกระส่ำการณของผู้ให้ข้อมูล (Confirmability) ซึ่งพบว่าการสนทนากลุ่มเกิดข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) เมื่อทำการสนทนากลุ่มในครั้งที่ 3 หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำบทสนทนาที่ได้จากการถอดรหัสเทปเสียงมาตรวจสอบการบันทึกภาคสนาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของบทสนทนาและจัดหมวดหมู่ตามประเด็นการศึกษา โดยการนำความคิดเห็นที่ได้จากการศึกษามาสรุปในแต่ละประเด็น เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับความเห็นชอบและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร Kucsc.HE-64-006 ลงวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีคุณลักษณะทั่วไป คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 มีอายุระหว่าง 44-64 ปี อายุเฉลี่ย 51.00 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.75 โดยมีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี มีผู้สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 75.00 โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.20 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.80 และรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 45.80 มีผลการวิจัยที่สำคัญ ดังนี้

1. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน

สำหรับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน พบว่า ยังมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ คือ 1) นิยมกำจัดขยะด้วยวิธีการเผา 2) การนำไปทิ้งในพื้นที่สาธารณะของชุมชน และ 3) การไม่คัดแยกขยะมูลฝอยก่อนทิ้ง โดยพบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้



1.1 เผาได้เผา กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังมียุทธวิธีการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนด้วยวิธีการนำขยะไปเผา ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้

“ของผมห้าแอมเพิส (ห้าอ้อมสำเร็จรูป) อย่างของหลานผมจะเอาไปถุงแยกใส่ถังขยะให้เทศบาลมาเก็บ ส่วนขยะเปียกและขยะแห้งจะเอาไปเผาไฟอยู่นา (ทุ่งนา)” อีกคนตอบขึ้นมาว่า “อันไหนเผาเองได้ก็เผาคะ” ผู้วิจัยถามต่อไปว่า ทำไมถึงทำแบบนั้น “อยากให้มันสะอาด พ่อแม่พาทำมาแบบนี้ ส่วนถุงพลาสติก ของพลาสติกหรือที่สามารถนำมาเผาได้ก็เอาไปเผา” อีกคนตอบขึ้นเสริมว่า “อันไหนพอกำจัดเองได้ เผาได้ก็เผา” “ก็ต้องเอาไปเผา ถ้าไม่เผาหมาก็มาคู้ กัดถุงขยะ” ชาวบ้านอีกคนตอบพร้อมพยักหน้า “เรามีนาเราก็ไปเผาอยู่นา แต่ก่อนนอนอยู่นา 2 ปี 3 ปี ก็เอาไปเผาไถ่ให้วัว เพราะยุ่งเยอะ ก็แบ่งยึดใส่กระสอบไว้ แล้วค่อยๆ เอาออกมาเผา” ผู้วิจัยถามต่อว่าเศษใบไม้ละครึบ จัดการอย่างไร “พวกเศษใบ ไม้มันก็ย่อยสลายได้อยู่ ถ้าไม่จ้้นก็ไปจุดไฟเผาซ้ำ ทางเราผ่านตลอด เห็นมันแห้งๆ หน่อย ก็จุดไฟเผา” “เพราะมีพื้นที่กว้างให้เผาได้ คนที่ไปทิ้งคงไม่มีที่ให้เผา อย่างใบตองก็มีในถังขยะ”

1.2 แอบไปทิ้งให้พ้นตัว จากการสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่ในบทสนทนาจะมีการกล่าวอ้างถึงบุคคลอื่นที่ในชุมชนที่มองว่าบางคนในชุมชนมีพฤติกรรมดังกล่าว โดยการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนด้วยการนำไปทิ้งในพื้นที่สาธารณะของชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการพบเห็นในชุมชนของตนเองในชีวิตประจำวัน ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้

“คนมันง่าย เขาอยากทิ้งไหนเขาก็ทิ้ง ขยะแฉะนั้นก็เยอะ มันมีป้ายแต่ก็ยังมีคนมาทิ้ง” “ที่นอน (ฟูกที่นอน) เห็นอยู่เรื่อยตามคลอง” ผู้วิจัยถามต่อไปว่า แล้วขยะประเภทที่จัดการไม่ได้ทำอย่างไร “เอาลงบ่อ ให้มันพ้นจากบ้าน” อีกคนกล่าวเสริม “ก็จะมีพวกที่เขาทุบตี เขาไม่รู้จะทิ้งไหน ก็เลยไปโยนไว้แถวริมคลอง” “บางคนที่มาทิ้งตอนกลางคืนเอา ช่วงไม่มีคน” ผู้วิจัยถามถึงเหตุผลทำไมถึงทำแบบนั้น “อยากให้พ้นจากบ้านตัวเอง” “มันง่าย เห็นแก่ตัว อยากให้พ้นจากบ้านตัวเอง” หลายคนพยักหน้าและบอกว่า “บางคนขาดจิตสำนึก”

1.3 คนแยกก็แยก คนไม่แยกก็อยู่อย่างนั้น จากการสนทนากลุ่ม พบว่า วิธีการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนในชุมชนมีทั้งผู้ที่ทำคัดแยกและไม่คัดแยกขยะ ซึ่งผู้ที่ทำการแยกขยะได้พูดถึงการจัดการขยะของตนเองว่ามีวิธีจัดการอย่างไร และสำหรับผู้ที่ไม่ได้ทำการคัดแยกขยะ ก็ยังได้กล่าวถึงบุคคลอื่นด้วย ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้

“ขยะที่รีไซเคิลได้ก็เอามาขาย ตัวที่ขายไม่ได้แต่ย่อยสลายได้ก็เอามาทำปุ๋ย” “คือกัน (เหมือนกัน) บ้านไม่มีปัญหาอะไร แพนยังทำดีกว่าตัวเองอีก แพนจะทำปุ๋ยหมัก พวกเศษอาหาร ผักผลไม้ ก็ทำปุ๋ยหมักหมด เปลือกไข่ไม่เคยทิ้งสักที ก็เอามาผสมทำดินปลูก” อีกคนเล่าถึงผู้อื่นที่อยู่ในชุมชนตนเอง “บางคนก็นำขยะใส่ถุงดำ โดยภายในถุงดำจะรวมขยะทุกอย่าง (ทุกประเภท)” “ถ้าไม่เผาบางบ้านมันง่าย ซื้อมือขวามากินแล้วก็โยนทิ้ง ลมพัดถุงพลาสติกเคลื่อนไปหมด” “ปัญหาคือยังมี



ชาวบ้านบางกลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ” ผู้วิจัยถามต่อว่าไม่ให้ความร่วมมือหมายถึงอย่างไร “บางคนก็ยังไม่ค่อยยอมอยู่ เห็นแก่ตัวก็มีอยู่ เขาอยากทิ้งก็เก็บไปทิ้ง ไม่เคยจะแยกอะไรเลย” “ประมาณว่าทิ้งแล้วก็แล้ว แปลว่าจบกัน ไฟจะยาก (ใครจะลำบาก) กะแล้วแต่” “แม้นๆ (ใช่) เขาก็ต้องการให้ขยะพ้นจากบ้านตัวเองพอแค่นั้น จะแยกเสียดหยัง (ทำไม)”

2. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน

ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน พบว่า เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal Factors) เป็นหลัก นั่นคือ (1) การขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน (2) การมีเจตคติเชิงลบต่อการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญๆ ดังนี้

2.1 การขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน

การที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน อันเนื่องมาจากมีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ไม่ถูกต้อง และมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการกับขยะมูลฝอยครัวเรือนทุกประเภท ซึ่งเห็นได้จากคำสนทนากลุ่ม ดังนี้

ไร้ประโยชน์คือขยะ ประเด็นนี้เห็นได้ชัดว่ากลุ่มเป้าหมายยังขาดความรู้ในเรื่องของขยะมูลฝอยครัวเรือน ความหมายคือ การตีความว่าขยะมูลฝอยครัวเรือนคือสิ่งที่ไม่มีประโยชน์หรือไร้ประโยชน์สำหรับตัวกลุ่มเป้าหมายเอง ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “เศษใบไม้หน้าบ้าน บางทีก็กวาดแล้วทิ้งลงถังขยะเทศบาลฯ” “คงต้องบอกให้โรงงานเลิกผลิตสิ่งที่มีอันจะเป็นขยะในอนาคต” (ผู้กล่าวหมายถึง บรรจุภัณฑ์ชนิดพลาสติก) “ในบ้านก็มีแค่ฟูก หมอน ที่นอนนี่แหละกำจัดยาก จั๊กจะเสียดแนวได้ (ไม่รู้จะทำอย่างไร)” “อยากขายให้หมด ขายไม่ได้ก็เผา”

ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร ผู้ให้ข้อมูลยังไม่ทราบถึงวิธีการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนบางชนิดที่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่เมื่อขยะมูลฝอยครัวเรือนสิ่งนั้นไม่สามารถขายได้หรือไม่ทราบว่านำไปทำประโยชน์ต่อได้ กลุ่มเป้าหมายเลือกที่จะเผากำจัด หรือ ทิ้งลงถังขยะเทศบาลฯ ดังแสดงได้ตามตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้ “ขยะที่นำไปทิ้งคือชาวบ้านไม่เข้าใจอย่างเช่น มีกะลามะพร้าว ได้มีการบอกว่าย่านนำไปทิ้งในถังขยะ เพราะมันหนักแต่ชาวบ้านก็ไม่ได้ทำตาม” กลุ่มเป้าหมายกล่าวถึงปัญหาในชุมชนตนเองจากที่พบเจอมา “หน้าบ้านมีต้นไม้ก็ต้องได้กวาดบ่อยๆ แล้วต้องได้เผา เพราะมันร่วงเยอะ ไม่มีที่ทิ้ง” คนอื่นๆ พยักหน้าเห็นด้วยกับบทสนทนาดังกล่าว พร้อมสนับสนุนว่า “อิหลีเหมะ (จริงๆ นะ) บางอย่างกะบู้ฮือหลี (ไม่รู้จริง) ว่าเสียดแนวได้ (จะจัดการอย่างไร)”

2.2 การมีเจตคติเชิงลบต่อการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีเจตคติเชิงลบต่อการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ไม่พึงประสงค์ หรือ ไม่ถูกต้อง จากบทสนทนาในบางกรณีในกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ที่ดีในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน แต่เลือกที่จะไม่ปฏิบัติให้ถูกต้องสำหรับการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน โดยพบประเด็นที่สำคัญจากตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้



แยกทำไม ยังไงก็รวมกัน ผู้ให้ข้อมูลมีความนึกคิดว่าการคัดแยกประเภทขยะไม่เป็นประโยชน์ต่อการเลือกที่จะปฏิบัติ “ก็ทิ้งไปเรื่อย ทั้งรวมกันหมด” อีกคนสนับสนุนพร้อมว่า “บ้านเราถึงขยะล้นอยู่นะ หลายคนไม่แยกขยะ” “บางคนก็นำขยะใส่ถุงดำ โดยภายในถุงดำจะรวมขยะทุกประเภท” “เคยแยกแล้ว แต่ตอนเทศบาลมาเก็บ ก็เทรวมกันคือเก่า”

ง่าย ๆ เข้าว่า เพราะเป็นหน้าที่ อบต. ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นบางส่วนว่าเป็นหน้าที่ของรัฐซึ่งหมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องเป็นหน่วยงานในการจัดการกับขยะมูลฝอยครัวเรือน รวมถึงการติดตามพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการกับขยะมูลฝอยครัวเรือนด้วย โดยให้ความเห็นว่า “เทศบาลต้องสังเกตว่าครัวเรือนไหนทิ้งเศษอาหารหรือมีเฉพาะขยะที่แยก ให้ทำการจดบันทึกแล้วทำเป็นสรุป” “อยากบ้านสะอาดที่สุด เป็นเรื่องของเทศบาลจะจัดการขยะต่อไป”

ปัญหาอยู่ที่คนอื่น ตัวอย่างบทสนทนาที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวอ้างถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้อื่น ดังนี้ “ปัญหาคือยังมีชาวบ้านบางกลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ” อีกคนกล่าวเสริม “มันก็ขึ้นกับบุคคลเหมือนที่ว่าแหละ” “ก็ต้องเก็บเอง พูดยังไม่ได้ เราก็คงไม่อยากมีปัญหา เก็บได้ก็เก็บ” “อันผู้ว่า (ผู้พูด) เห็นตลอด บ้านเฮา (เรา) มันมันง่าย”

3. แนวทางแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน

แนวทางที่เป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนในกลุ่มประชาชนคือ การใช้การมีส่วนร่วมโดยการผลักดันการเกิดมาตรการทางสังคมให้เกิดขึ้น โดยให้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่หน่วยงานในการสนับสนุนประชาชนและชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่พึงประสงค์ ดังต่อไปนี้

3.1 เริ่มต้นใหม่ เริ่มด้วยช่วยกัน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาวุฒิจำนองการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน โดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้เริ่มที่ตัวบุคคล ครอบครัว แต่ทั้งนี้ทั้งนี้ ต้องดำเนินการร่วมกันอย่างมีส่วนร่วมถึงจะสามารถประสบความสำเร็จ ดังบทสนทนากลุ่ม ดังนี้

“เราต้องเริ่มจากครัวเรือนเราครับ แล้วแต่แต่ละครัวเรือนจะจัดการอย่างไร” “แม่นๆ (ใช่) ทุกครัวเรือนทำ มันก็จะช่วยกันให้ดีขึ้นเอง” “ถ้าส่วนรวมนี้อาจยากจริงๆ ถ้าในครัวเรือนเราจัดการได้อยู่แล้ว บางคนอาจคิดว่าปล่อยให้เป็นหน้าที่พนักงานเก็บขยะ เงินก็เสียแล้ว บางคนขับรถผ่านก็โยนทิ้งด้วยความมั่งง่าย ขยะไม่ลงถึงหมาก็มาคาบไปก่อนพนักงานจะมาเก็บอีก แต่ยังไงก็ต้องช่วยกันนั่นแหละ” “ผมว่าอันนี้สำคัญ บ้านใดบ้านหนึ่งไม่ได้ ต้องทำทุกหลัง ต้องช่วยกันจริง”

3.2 อบต. ต้องจัดการ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังมีความคาดหวังในหน่วยงานระดับท้องถิ่น คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนหรือการจัดกระบวนการต่างๆ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาคืออย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ดังบทสนทนากลุ่ม ดังนี้



“อยากให้ทางเจ้าหน้าที่เทศบาลบ้านเรามาอบรมขึ้นนะให้ความรู้ให้กับชาวบ้านในการจัดเก็บขยะว่าควรจัดการอย่างไร อันไหนควรทิ้ง อันไหนควรเผา” “อันนี้ก็จะเห็นนำ (เห็นด้วย) เพราะเพื่อน (เจ้าหน้าที่) เพื่อนมีความรู้หลายกว่าไต่บ้าน (ชาวบ้าน)” “อยากให้เทศบาลมีรางวัลเพื่อกระตุ้นชาวบ้าน หรืออาจจะมิกิจกรรมแข่งขันกันระหว่างหมู่บ้าน กลุ่มบ้าน อย่างน้อยก็ดีกว่า ที่จะให้มีแต่เทศบาลมาเก็บขยะอย่างเดียว”

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนในชุมชนไม่เป็นไปตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยประชาชนมุ่งเน้นเพียงการไม่ให้มีขยะอยู่ในครัวเรือน ทำให้ประชาชนแสดงพฤติกรรมโดยการนำขยะมูลฝอยครัวเรือนนั้นๆ โดยการนำไปเผาทำลาย หรือนำไปทิ้งในที่สาธารณะของชุมชน อีกทั้งยังไม่มีพฤติกรรมคัดแยกขยะภายในครัวเรือนก่อนทิ้ง อาจเนื่องจากปัจจุบันราคารับซื้อขยะรีไซเคิลที่มีราคาถูกลง ทำให้ประชาชน ไม่สนใจที่คัดแยกขยะในครัวเรือน ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้เสนอแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน หรือการจัดการขยะที่ต้นทางด้วยการใช้หลัก 3Rs ได้แก่ 1) Reduce คือ ลดการใช้เพื่อให้เกิดขยะน้อยที่สุด 2) Reuse คือ การใช้ซ้ำ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากที่สุด และ 3) Recycle คือ การนำกลับมาใช้ใหม่ เพื่อให้เกิดการคัดแยกที่แหล่งกำเนิด และนำกลับไปใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ และข้อเสนอแนะของนักวิจัยที่พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะเทศบาลควรมุ่งเน้นส่งเสริมให้มีการจัดการขยะที่ต้นทางให้มีประสิทธิภาพ อันเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำกัดด้วยงบประมาณและสรรณะในการจัดการ⁽¹²⁾ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากชุมชนแห่งนี้ยังเป็นพื้นที่ชนบท ที่ยังสะท้อนวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม ที่เน้นการจัดการที่ง่าย และสะดวกกับตนเองและครอบครัว มากกว่ามองถึงผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเหตุผลที่ยังมีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ไม่พึงประสงค์นั้นมาจากปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลอย่างน้อย 2 ปัจจัย ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน และการมีเจตคติเชิงลบต่อการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของบลูม⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบไปด้วย 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ และ 2) เจตคติ (Attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความสนใจ ทำความชอบ การให้คุณค่าที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ทำให้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อประชาชนขาดข้อเท็จจริงที่จะนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจเพื่อจะปฏิบัติพฤติกรรม และประชาชนมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ก็จะทำให้ไม่สามารถแสดงพฤติกรรม



ในเรื่องการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนออกมาได้ โดยเฉพาะทางด้านการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนให้เห็นถึงการขาดความรู้อย่างแท้จริง ประชาชนเข้าใจเพียงว่าขยะก็คือขยะซึ่งหมายถึงสิ่งของหรือวัสดุเหลือใช้ที่ต้องการกำจัด แต่ความจริงแล้ว สามารถแบ่งขยะมูลฝอยตามลักษณะทางกายภาพได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ขยะย่อยสลาย หรือมูลฝอยย่อยสลาย 2) ขยะรีไซเคิล หรือมูลฝอยที่ยังใช้ได้ 3) ขยะอันตราย หรือมูลฝอยอันตราย และ 4) ขยะทั่วไป หรือมูลฝอยทั่วไป⁽³⁾ ซึ่งแต่ละชนิดก็มีวิธีการจัดการขยะที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเข้ามาสนับสนุนโดยการเสริมสร้างความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แต่อาจจะเป็นความรู้ในระดับที่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งความรู้คิดในระดับสูง (Higher Order Thinking) อันหมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการสร้างสรรค์เท่านั้น จึงจะทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾ พร้อมทั้งในส่วนของการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนนั้นประชาชนมีความรู้สึกว่ามีเหตุผลที่จะต้องแยกขยะ เนื่องจากเป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมองปัญหาเป็นปัญหาของบุคคลอื่นมากกว่าปัญหาของตนเอง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) คือเมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ก็ทำให้เกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจที่จะกระทำหรือปฏิบัติและมีพฤติกรรมในเรื่องนั้น⁽¹³⁾ ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมา ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการแก้ไขปัญหานักวิจัยที่พบว่าเมื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยภายในตัวบุคคลอันได้แก่ ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน และความตระหนักซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ถูกต้อง จะทำให้การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนถูกต้องตามหลักวิชาการมากยิ่งขึ้น⁽¹⁴⁾ สำหรับในส่วนหนึ่งของแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้น โดยส่วนใหญ่เห็นร่วมว่าต้องเกิดการมีส่วนร่วมในทุกคน ทุกครัวเรือน เพราะทุกคนมีหน้าที่ในการรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว สอดคล้องกับนักวิจัยในประเทศที่ได้เสนอแนะแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยด้วยการลดและคัดขยะมูลฝอยที่แหล่งกำหนด โดยมุ่งเน้นการลดการเกิดขยะมูลฝอยด้วยการใช้หลัก 3Rs แต่ทั้งนี้ต้องเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ชุมชนเห็นถึงปัญหาและจัดการแก้ไขปัญหาด้วยชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังเป็นหน่วยงานที่ประชาชนเห็นว่า ต้องเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนในการแก้ไขปัญหานี้⁽¹⁵⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 3Rs จะส่งผลให้มีการจัดการขยะในครัวเรือนที่ดีขึ้น⁽¹⁶⁾ ซึ่งตรงตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ตามกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีอำนาจหน้าที่รักษาความสะอาดที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล อีกทั้งมีหน้าที่และอำนาจดูแล และจัดทำบริการ



สาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยนี้พบว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้น ควรผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการโดยเน้นให้ประชาชนเกิดความรู้ที่ถูกต้องและเจตคติที่ดีต่อการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนในชุมชนตนเอง

2. ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ไม่พึงประสงค์นั้นเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ดังนั้น ควรพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ถูกต้อง และเสริมสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน ด้วยการออกแบบให้ตรงกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย บริบทของชุมชนของกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งควรคำนึงถึงความต่อเนื่องและยั่งยืนของการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่พึงประสงค์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่งในอำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร ที่ให้ความอำนวยความสะดวกและอนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนสิริปริ้นติ้ง จำกัด; 2563.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2560.
3. กรมควบคุมมลพิษ. แผนแม่บท การบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ. 2559 – 2564). กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอคทีฟพริ้นท์ จำกัด; 2559.



4. สกลรัตน์ โทนมัย, รัชนิกร จันสน, วิภาดา ศรีเจริญ, พิสมัย กลอนกลาง, นงลักษณ์ เจริญไพบูลย์ลาภ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลตะบะเขว อำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2563; 13(2): 32-44.
5. นกัศ น้ำใจตรง, นรินทร์ สังข์รักษา. พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารชุมชนวิจัย 2562; 13(1): 179-190.
6. กัญณณิศา วัฒนพานิชกุล. พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสหศาสตร์ 2562; 19(2): 55-72.
7. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, บรรณกร เสือสิงห์, วัฒนศักดิ์ จันทรแปลง, วิเชียร พุทธภูมิ, บุญชนัญญา พงษ์ปรีชา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะในครัวเรือนของแม่บ้านในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2561; 20(1): 203-212.
8. Palys T. Purposive sampling. In L. M. Given (Ed.) The sage encyclopedia of qualitative research methods. (Vol.2). Los Angeles: Sage 2008; pp. 697-698.
9. Guest G, Namey EE, Mitchell ML. Collecting qualitative data: a field manual for applied research. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc; 2012.
10. ผู้กำกับการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินจังหวัดสกลนคร. คำสั่งจังหวัดสกลนคร ที่ 39/2564 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เรื่อง มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19); 2564.
11. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น; 2559.
12. ณัชชลิดา ยุคะลัง, จารุวรรณ วิโรจน์, กัญเกียรติ ทุดปอ, นิรุวรรณ เทริน์โบล. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ที่มีการขยายชุมชนอย่างรวดเร็ว: กรณีศึกษาชุมชนข้างเคียงมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(1): 632-638.
13. Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David McKay; 1964.
14. ชีระพงษ์ จงหยิน, นิสา พักตร์วิไล, วีระวัฒน์ อุ่นเสนาหา, อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์. ผลการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยองค์การบริหารส่วนตำบลพุกาจาน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ; 2561. 11(2): 40-46.



15. ศาติมารี เกิดกลิ่นหอม. แนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน: เทศบาลนครนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2562.
16. ยุพา อุดม, ชัญญา อภิบาลกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560; 10(1): 191-198.
17. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. มาตรฐานการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย; 2550.



ลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่ออาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดอุดรธานี

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS AFFECTED SYMPTOMATIC IN COVID 19 PATIENTS, UDON THANI PROVINCE

Received: December 30, 2021

Revised: May 05, 2022

Accepted: May 09, 2022

อัปสร วงษ์ศิริ¹, ธนมนทชนก พรหมพินิจ^{2*}, นฤปวรรต์ พรหมมาวัย²
Upsorn Wongsiri¹, Thanamonthachanok Prompinij^{2*}, Narupawan Prommawai²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่ออาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิของผู้ติดเชื้อในระหว่าง 1 เมษายน ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ.2564 จำนวน 9,575 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรกรณีวิเคราะห์สถิติ Multiple logistic regression ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 505 คน วิเคราะห์โดยสถิติ multiple logistic regression

ความชุกของอาการพบ ไอ ร้อยละ 40.59 ไข้ ร้อยละ 35.84 มีน้ำมูกและเสมหะ ร้อยละ 25.35 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการแสดง ได้แก่ อายุ (อายุ 20-39 ปี AdjOR = 1.93: 95%CI = 0.99-3.82, อายุ 40-59 ปี AdjOR = 1.36: 95%CI = 0.67-2.74, ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป AdjOR = 6.48: 95%CI = 1.65-25.35: p-value = 0.010) อาชีพ (ค้าขาย/งานบริการ AdjOR = 2.75: 95%CI = 1.40-5.41: รับจ้าง/ช่าง/รับเหมาทั่วไป AdjOR = 1.26: 95%CI = 0.75-2.21: p-value < 0.001) ก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปยัง/มาจาก/อาศัยอยู่ในพื้นที่เกิดโรค/มีการระบาด (AdjOR = 1.76: 95%CI = 1.05-2.95: p-value = 0.030) ก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (AdjOR = 1.67: 95%CI = 1.07-2.60: p-value = 0.022) และก่อนป่วยเดินทางไปสถานที่ยุมนุมชน (AdjOR = 3.31: 95%CI = 1.39-7.87: p-value = 0.003)

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีทั้งไม่แสดงอาการและมีอาการ รวมถึงการแสดงอาการแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะส่วนบุคคล และใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

คำสำคัญ: ลักษณะทางระบาดวิทยา, โคโรนาไวรัส 2019, อาการแสดง

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Udon Thani Provincial Public Health Office

² สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Department of Public Health Faculty of Science Udon Thani Rajabhat University

*Corresponding Author E-mail : tnmthchanok@udru.ac.th



Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine epidemiological characteristics in COVID-19 patients and affected factors, Udon Thani Province. The patients 505 of 9,575 cases during April-August 2021 were recruited and calculated by the sample size estimation formula for logistic regression. Multiple logistic regression was analyzed to describe epidemiological characteristics affected symptomatic.

The finding was presented the most common symptoms in COVID-19 include: cough 40.59%, fever 35.84%, and running nose and sputum 25.35%. Interestingly, the multivariable analysis results, the factors significantly affected symptomatic in patient including: age (20-39 year AdjOR = 1.93: 95%CI = 0.99-3.82, 40-59 year AdjOR = 1.36: 95%CI=0.67-2.74, > 60 year AdjOR = 6.48: 95%CI = 1.65-25.35: p-value = 0.010), occupation (merchant/services AdjOR = 2.75: 95%CI = 1.40-5.41: general worker/construction laborers/contractor AdjOR = 1.26: 95%CI = 0.75-2.21: p-value<0.001, went to outbreak area (AdjOR = 1.76: 95%CI = 1.05-2.95: p-value = 0.030), contacted with COVID 19 confirmed case (AdjOR = 1.67: 95%CI = 1.07-2.60: p-value = 0.022), and went to crowded place (AdjOR = 3.31: 95%CI = 1.39-7.87: p-value = 0.003).

The symptoms of COVID-19 patients had asymptomatic and symptomatic, differing by baseline characteristics such as age occupation. These findings were considered for early detection and prevented the transmission of COVID-19.

Keyword: Epidemiological, characteristic COVID-19, Symptomatic

บทนำ

จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2564 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยถือเป็นการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 ที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างรวดเร็ว จังหวัดอุดรธานี องค์การอนามัยโลกได้สรุปอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มอาการหลัก ในผู้ใหญ่พบว่า มีไข้หรือไอแห้งๆ ต่อเนื่องกัน หายใจลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย มีน้ำมูก ปวดตามเนื้อตัว ปวดหัว มีการอักเสบบริเวณผิวหนังหรือผื่นแดง และมีอาการท้องเสียร่วมด้วย กลุ่มที่ 2 กลุ่มอาการที่พบในผู้ติดเชื้อบางราย ได้แก่ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นรับรสได้น้อยลง คัดจมูก ตาแดง เจ็บคอ มีปวดข้อ คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ รู้สึกร้อนหรือเย็นหรือหนาวหรือร้อนตัว และ กลุ่มที่ 3 กลุ่มอาการที่พบในผู้ติดเชื้อรุนแรง ได้แก่ ไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หายใจได้เป็นพักๆ ไม่สามารถหายใจต่อเนื่องได้



ตามปกติ เบื่ออาหาร ล้าสน รู้สึกเจ็บหน้าอกเหมือนถูกกดไว้⁽¹⁾ ผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการไข้ ไอ หายใจลำบาก เหนื่อย เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ หรือในขณะที่ผู้ติดเชื้อบางรายไม่มีอาการและอาการแสดงแต่เมื่อทำการตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และในผู้สูงอายุพบ มีไข้ ไอ หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ มากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ⁽²⁾ เห็นได้ว่าในผู้ติดเชื้อจะมีอาการแสดงแตกต่างกันไป รวมถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการแสดง เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาการรับเชื้อ การสัมผัสปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา ประกอบไปด้วย บุคคล สถานที่ และเวลาและปัจจัยที่มีผลต่ออาการแสดงในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย การวางแผนแนวทางมาตรการการป้องกัน และการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของอาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน–31 สิงหาคม 2564 จำนวน 9,575 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในจังหวัดอุดรธานี และกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงสูงเข้ามารับการรักษาในจังหวัดอุดรธานี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับกรณีวิเคราะห์สถิติ Multiple logistic regression⁽³⁾ แทนค่าด้วยสัดส่วนของผู้มีอาการไข้และรอดชีวิต ($P_0=0.66$) และสัดส่วนผู้มีอาการไข้และเสียชีวิต ($P_1=0.45$)⁽⁴⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 181 คน และเนื่องจากการศึกษานี้มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายตัวผู้วิจัยได้คำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการประมาณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับตัวแปรตาม โดย Multiple Logistics Regression⁽⁵⁾ นั่นคือ กำหนดค่า Rho (ρ) ไม่สูงจนเกินไป เพื่อส่งผลให้ค่า Variance Inflation Factor (VIF) ที่เหมาะสมกับขนาดตัวอย่าง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้กำหนดค่า $\rho=0.8$ เนื่องจากผู้วิจัยได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นต่างๆ แล้วพบว่า ไม่สูงจนเกินไปและสอดคล้องกับค่า ρ ที่กำหนด ดังนั้นจึงปรับจำนวนขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เท่ากับ 505 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9,575 คน ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ.2564 เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากการสอบสวนโรคโดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Novelcorona 2) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ความชุกของอาการ บรรยายข้อมูลทั่วไปและการสัมผัสความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ปัจจัยที่มีผลต่ออาการแสดงของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression กำหนดนิยามของตัวแปรผลลัพธ์ เป็นมีอาการไข้หรืออาการอื่น (ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก เสมหะ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส เชื้อนตาอักเสบ และมีผื่นคัน) ($y=1$) และไม่มีอาการแสดง ($y=0$) ตัวแปรต้นประกอบไปด้วย เพศ อายุ อาชีพ และการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มอ้างอิงในการวิเคราะห์โดยพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกของอาการแสดงและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ เช่น กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่า มีความชุกของอาการแสดงน้อยกว่ากลุ่มอื่น รวมถึงพิจารณาลักษณะของความคล้ายคลึงของตัวแปร เช่น ลักษณะงานของอาชีพ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (Bivariate analysis) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม นำเสนอด้วยค่า crude OR และค่า p-value ปัจจัยที่มีค่า p-value <0.25 จะถูกนำเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์พหุสัมพันธ์ถดถอย โดยใช้วิธีขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) และนำเสนอเป็นค่า AdjOR 95%CI และค่า p-value โดยใช้โปรแกรม Stata BE v.17

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 2964 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2564

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 51.88 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ($\bar{x} = 35.48$ ปี $SD = 15.62$ ปี) ร้อยละ 46.73 มีอาชีพรับจ้าง/รับเหมาทั่วไป ร้อยละ 30.10 รองลงมา ร้อยละ 12.08 มีอาชีพค้าขาย มีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงเข้ารับการตรวจ PCR น้อยกว่า 3 วัน ร้อยละ 24.95 รองลงมาคือ มีอาการก่อนเข้ารับการตรวจ 4-7 วัน ร้อยละ 15.85 ก่อนป่วยกลุ่มตัวอย่างอยู่จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 37.23 รองลงมาเป็นกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 30.89 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=505)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	243	48.12
หญิง	262	51.88
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	78	15.45
20-39 ปี	236	46.73
40-59 ปี	159	31.49
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	32	6.33
Mean±SD	35.48±15.62 ปี	
Median (Min:Max)	35 ปี (5 เดือน:97 ปี)	
อาชีพ		
รับราชการ	16	3.17
ค้าขาย	61	12.08
รับจ้าง/รับเหมา	152	30.10
บุคลากรทางการแพทย์	13	2.57
ช่าง	42	8.32
นักเรียน	48	9.50
งานบริการ	40	7.92
แม่บ้าน	42	8.32
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	91	18.02
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการ/มีความเสี่ยงจนถึงการเข้ารับการตรวจ PCR		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน	126	24.95
4-7 วัน	80	15.85
มากกว่า 7 วันขึ้นไป	48	9.50
ไม่ทราบวันที่แน่ชัดในการตรวจ/ข้อมูลขาดหาย	251	49.70
Mean±SD	4.31 ±3.48 วัน	
Median (Min:Max)	4 วัน (1:15)	
จังหวัดที่อยู่ก่อน/ขณะป่วย		
กรุงเทพมหานคร	156	30.89
ปริมณฑล (สมุทรสาคร/นนทบุรี/สมุทรปราการ/ปทุมธานี/นครปฐม)	72	14.26
ชลบุรี/ระยอง	35	6.93
เชียงใหม่/นครสวรรค์/กำแพงเพชร/อุทัย	31	6.14
สระแก้ว/ปราจีนบุรี/ฉะเชิงเทรา	13	2.57
ประจวบคีรีขันธ์/ระนอง	2	0.40
หนองคาย/ขอนแก่น/ร้อยเอ็ด/ชัยภูมิ/นครราชสีมา/สกลนคร	8	1.58
อุดรธานี	188	37.23



การสัมผัสความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปยังหรือมาจาก หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เกิดโรคหรือมีการระบาด ร้อยละ 71.29 รองลงมา คือ 14 วันก่อนป่วยมีประวัติ สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน โรคติดเชื้อ โควิด 2019 ร้อยละ 56.44 และ 14 วันก่อนป่วยมีเดินทางไปใน สถานที่ชุมนุมชนหรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน/มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ร้อยละ 9.90 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการสัมผัสความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (n=505)

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปยัง/มาจาก/อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เกิดโรค/มีการระบาด	360 (71.29)	145 (28.71)
14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน โรคติดเชื้อ โควิด 2019	285 (56.44)	220 (43.56)
14 วันก่อนป่วยได้ดูแล/สัมผัสใกล้ชิดผู้มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบ	33 (6.53)	472 (93.47)
14 วันก่อนป่วยเดินทางไปในสถานที่ชุมนุมชน/สถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน/มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย	50 (9.90)	455 (90.10)
เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	12 (2.38)	493 (97.62)
ผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ/ปอดอักเสบ เป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ 5 คน ไปในสถานที่เดียวกัน	11 (2.18)	494 (97.82)

ความชุกของอาการแสดง พบ อาการไอ ร้อยละ 40.59 ไข้ ร้อยละ 35.84 มีน้ำมูกและเสมหะ ร้อยละ 25.35 และ เจ็บคอ ร้อยละ 23.56 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า เพศชาย มีอาการไอ ร้อยละ 41.15 ไข้ ร้อยละ 39.92 มีน้ำมูกหรือเสมหะ ร้อยละ 27.57 และเจ็บคอ ร้อยละ 23.46 เพศหญิง มีอาการไอ ร้อยละ 40.08 ไข้ ร้อยละ 32.06 มีน้ำมูกหรือเสมหะ ร้อยละ 23.28 และเจ็บคอ ร้อยละ 23.66 เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า อายุน้อยกว่า 20 ปี มีอาการไอ ร้อยละ 29.49 มีน้ำมูกหรือเสมหะ ร้อยละ 21.79 และอาการไข้ ร้อยละ 17.95 อายุ 20-39 ปี มีอาการไอ ร้อยละ 40.68 และไข้ ร้อยละ 37.29 และ อายุ 40-59 ปี พบอาการไอ ร้อยละ 45.28 ไข้ ร้อยละ 37.11 และมีน้ำมูกหรือเสมหะ ร้อยละ 27.04 อายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบอาการไข้ ร้อยละ 62.50 ไอ ร้อยละ 43.75 และเจ็บคอ ร้อยละ 25.00 ส่วนอาชีพ พบว่า อาชีพค้าขาย พบอาการไข้ ร้อยละ 52.46 ไอ ร้อยละ 44.26 รับจ้างหรือรับเหมา พบอาการไอ ร้อยละ 40.13 และ ไข้ ร้อยละ 31.58 ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการหรือมีความเสี่ยงจนถึงการเข้ารับการ ตรวจ PCR พบว่า ผู้ที่มีอาการหรือความเสี่ยงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน มีอาการไอ ร้อยละ 42.86 และ ไข้ ร้อยละ 37.30 ระยะเวลา 4-7 วัน มีอาการไอ ร้อยละ 55.00 ไข้ ร้อยละ 46.25 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ความถี่ของการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ไข้		ไอ		เจ็บคอ		ปวดกล้ามเนื้อ		มีน้ำมูก เสมหะ		หายใจเหนื่อยหอบ		
	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	
Total	181(35.84)	31.76-40.13	205(40.59)	36.38-44.94	119(23.56)	20.05-27.47	68(13.47)	10.74-16.73	128(25.35)	21.73-29.33	22(4.36)	2.88-6.53	
เพศ	ชาย	97(39.92)	33.93-46.12	100(41.15)	35.11-47.46	57(23.46)	18.54-29.20	39(16.05)	11.94-21.22	67(27.57)	22.30-33.54	13(5.35)	3.12-9.00
	หญิง	84(32.06)	26.67-37.96	105(40.08)	34.29-46.14	62(23.66)	18.89-29.20	29(11.07)	7.79-15.48	61(23.28)	18.54-28.79	9(3.44)	1.79-6.47
อายุ	< 20 ปี	14(17.95)	10.91-28.08	23(29.49)	20.42-40.51	11(14.10)	7.97-23.72	4(5.13)	1.93-12.90	17(21.79)	13.98-32.32	3(3.85)	1.24-11.28
	20-39 ปี	88(37.29)	31.33-43.64	96(40.68)	34.57-47.07	65(27.64)	22.20-33.63	35(14.83)	10.83-19.97	63(26.69)	21.42-32.71	7(2.97)	1.41-6.09
40-59 ปี	59(37.11)	29.93-44.89	72(45.28)	37.70-53.09	35(22.01)	16.23-29.13	23(14.47)	9.79-20.84	43(27.04)	20.69-34.48	7(4.40)	2.10-8.96	
≥60 ปีขึ้นไป	20(62.50)	44.85-77.35	14(43.75)	27.85-61.03	8(25.00)	13.00-42.64	6(18.75)	8.65-35.97	5(15.62)	6.64-34.33	5(15.62)	6.64-32.52	
อาชีพ	รับราชการ	3(18.75)	6.15-44.82	7(43.75)	22.41-67.67	1(6.25)	0.86-33.65	0(0.00)	-	4(25.00)	9.68-50.89	0(0.00)	-
	ค้าขาย	32(52.46)	40.00-64.61	27(44.26)	32.36-56.85	19(31.15)	20.80-43.78	17(27.87)	18.06-40.37	19(31.15)	20.80-43.78	1(1.64)	2.29-10.78



คุณลักษณะส่วนบุคคล	ผู้			ไอ			เจ็บคอ			ปวดกล้ามเนื้อ			มีน้ำมูก เสมหะ			หายใจเหนื่อยหอบ		
	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI
รับจ้าง/รับเหมา	48	24.67-39.04	61(40.13)	32.67-48.12	42(27.63)	21.09-35.28	16(10.53)	6.54-16.50	42(27.63)	21.09-35.28	6(3.95)	1.78-8.52						
บุคลากร การแพทย์	5(38.46)	16.93-65.70	4(30.77)	12.00-59.13	3(23.08)	7.60-52.23	1(7.69)	1.06-39.17	2(15.38)	3.86-45.15	0(0.00)	-						
ช่าง	19(45.24)	30.93-60.30	18(42.86)	28.89-58.05	8(19.05)	9.80-33.73	8(19.05)	9.80-33.73	9(21.43)	11.52-36.34	1(2.38)	0.33-15.12						
นักเรียน	7(14.58)	7.10-27.60	12(25.00)	14.76-39.08	11(22.92)	13.15-36.85	2(4.17)	1.04-15.23	8(16.67)	8.54-29.97	1(2.08)	0.29-13.14						
งานบริการ	17(42.50)	28.27-58.08	21(52.50)	37.23-67.03	12(30.00)	17.86-45.77	9(22.50)	12.12-37.92	12(30.00)	17.86-45.77	5(12.50)	5.28-26.76						
แม่บ้าน	15(35.71)	22.78-51.11	16(38.10)	24.79-53.46	10(23.81)	13.29-38.90	5(11.90)	5.03-25.62	8(19.05)	9.80-33.74	4(9.52)	3.61-22.81						
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการ/มีความเสี่ยงจนถึงการเข้ารับการตรวจ PCR (n=254)																		
≤ 3 วัน	47(37.30)	29.27-46.09	54(42.86)	34.47-51.67	37(29.37)	22.04-37.93	11(8.73)	4.88-15.11	33(26.19)	19.23-34.59	2(1.59)	0.39-6.16						
4-7 วัน	37(46.25)	35.62-57.23	44(55.00)	43.98-65.54	27(33.75)	24.23-44.79	15(18.75)	11.60-28.85	34(42.50)	32.13-53.57	6(7.50)	3.39-15.75						
> 7 วันขึ้นไป	23(47.92)	34.24-61.90	27(56.25)	42.02-69.51	11(22.92)	13.13-36.89	12(25.00)	14.74-39.12	15(32.28)	19.75-45.63	3(6.25)	2.01-17.74						



คุณลักษณะส่วนบุคคล	ผู้			ไอ			เจ็บคอ			ปวดกล้ามเนื้อ			มีน้ำมูก เสมหะ			หายใจเหนื่อยหอบ		
	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI
Total	73(14.46)	11.64-17.80	25(4.95)	3.36-7.23	55(10.89)	8.45-13.92	32(6.34)	4.51-8.83	3(0.59)	0.19-1.83	4(0.79)	0.29-2.09						
เพศ ชาย	34(13.99)	10.16-18.95	15(6.17)	3.75-9.99	25(10.29)	7.04-14.79	16(6.58)	4.06-10.48	1(0.41)	0.05-2.87	1(0.41)	0.05-2.87						
หญิง	39(14.89)	11.06-19.74	10(3.82)	2.06-6.95	30(11.45)	8.11-15.91	16(6.11)	3.77-9.74	2(0.76)	0.19-3.00	3(1.15)	0.36-3.49						
อายุ <20 ปี	4(5.13)	1.93-12.90	1(1.28)	0.17-8.57	5(6.41)	2.68-14.51	3(3.85)	1.24-11.28	0(0.00)	-	0(0.00)	-						
20-39 ปี	43(18.22)	13.79-23.68	11(4.66)	2.59-8.22	30(12.71)	9.02-17.61	17(7.20)	4.51-11.29	3(1.27)	0.40-3.87	4(1.69)	0.63-4.43						
40-59 ปี	24(15.09)	10.31-21.55	10(6.29)	3.41-11.30	20(12.58)	8.25-18.71	12(7.55)	4.32-12.83	0(0.00)	-	0(0.00)	-						
≥60 ปีขึ้นไป	2(6.25)	1.56-21.87	3(9.38)	3.04-25.40	0(0.00)	-	0(0.00)	-	0(0.00)	-	0(0.00)	-						
อาชีพ รับราชการ	0(0.00)	-	0(0.00)	-	2(12.50)	3.13-38.68	0(0.00)	-	0(0.00)	-	1(6.25)	0.86-33.65						
ค้าขาย	12(19.67)	11.50-31.55	6(9.84)	4.47-20.24	9(14.75)	7.84-26.02	7(11.48)	5.56-22.20	1(1.64)	0.22-10.78	0(0.00)	-						
รับจ้าง/รับเหมา	23(15.13)	10.25-21.76	3(1.97)	0.63-5.95	20(13.16)	8.63-19.53	11(7.24)	4.04-12.61	0(0.00)	-	0(0.00)	-						



คุณลักษณะส่วนบุคคล	ผู้		ใจ		เจ็บคอ		ปวดกล้ามเนื้อ		มีน้ำมูก เสมหะ		หายใจเหนื่อยหอบ	
	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI	n(%)	95% CI
บุคลากร การแพทย์	1(7.69)	1.06-39.17	0(0.00)	-	0(0.00)	-	0(0.00)	-	0(0.00)	-	0(0.00)	-
ช่าง	8(19.05)	9.80-33.74	3(7.14)	2.31-19.97	1(2.38)	0.33-15.12	1(2.38)	0.33-15.12	0(0.00)	-	0(0.00)	-
นักเรียน	4(8.33)	3.15-20.23	1(2.08)	0.29-13.41	3(6.25)	2.02-17.70	2(4.17)	1.04-15.23	0(0.00)	-	0(0.00)	-
งานบริการ	9(22.50)	12.12-37.92	5(12.50)	5.28-26.76	6(15.00)	6.88-29.63	4(10.00)	3.79-23.83	2(5.00)	1.24-17.95	2(5.00)	1.24-17.95
แม่บ้าน	5(11.90)	5.03-25.62	4(9.52)	3.61-22.81	3(7.14)	2.31-19.97	2(4.76)	1.11-17.19	0(0.00)	-	1(2.38)	0.33-15.12
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการ/มีความเสี่ยงถึงการเข้ารับการตรวจ PCR (n=254)												
≤ 3 วัน	12(9.52)	5.47-16.06	7(5.56)	2.66-11.23	7(5.56)	2.66-11.23	5(3.97)	1.65-9.21	1(0.79)	0.11-5.46	0(0.00)	-
4-7 วัน	17(21.25)	13.60-31.61	6(7.50)	3.39-15.75	15(18.75)	11.60-28.85	8(10.00)	5.06-18.78	0(0.00)	-	0(0.00)	-
> 7 วันขึ้นไป	11(22.92)	13.13-36.89	2(4.17)	1.03-15.27	14(29.17)	18.05-43.48	8(16.67)	8.53-30.01	0(0.00)	-	0(0.00)	-



การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อายุมีผลต่ออาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อที่มีอายุ 20-39 ปี จะมีโอกาสมีอาการแสดงเป็น 1.93 เท่า (AdjOR = 1.93; 95%CI = 0.99-3.82) ผู้ติดเชื้อที่มีอายุ 40-59 ปี จะมีโอกาสมีอาการแสดงเป็น 1.36 เท่า (AdjOR = 1.36; 95%CI = 0.67-2.74) และผู้ติดเชื้อที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสมีอาการแสดงเป็น 6.48 เท่า (AdjOR = 6.48; 95%CI = 1.65-25.35) เมื่อใช้กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นกลุ่มอ้างอิง และอาชีพ มีผลต่ออาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ติดเชื้ออาชีพค้าขายหรืองานบริการจะมีโอกาสมีอาการแสดงเป็น 2.75 เท่า (AdjOR = 2.75; 95%CI = 1.40-5.41) และผู้ติดเชื้ออาชีพรับจ้าง/ช่าง/รับเหมาทั่วไป จะมีโอกาสมีอาการแสดงเป็น 1.26 เท่า (AdjOR = 1.26; 95%CI = 0.75-2.21) เมื่อใช้อาชีพรับราชการ/บุคลากรทางการแพทย์/นักเรียน/แม่บ้าน/ว่างงาน เป็นกลุ่มอ้างอิง

ส่วนปัจจัยด้านการสัมผัสความเสี่ยงที่มีผลต่ออาการแสดง ได้แก่ 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปยัง/มาจาก/อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เกิดโรค/มีการระบาด (AdjOR = 1.76; 95%CI = 1.05-2.95; p-value = 0.030) 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (AdjOR = 1.67; 95%CI = 1.07-2.60; p-value = 0.022) และ 14 วันก่อนป่วย มีการเดินทางไปในสถานที่ชุมนุมชน (AdjOR = 3.31; 95%CI = 1.39-7.87; p-value = 0.003) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การสัมผัสความเสี่ยง และอาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ความสัมพันธ์ที่ละเอียดและการวิเคราะห์พหุสัมพันธ์ถดถอย)

ตัวแปร	n(% of symptomatic)	Crude OR	AdjOR	p-value
เพศ				0.721 ⁺
ชาย	165 (67.90)	1		
หญิง	174 (66.41)	0.93 (0.64-1.35)	-	
อายุ				0.010*
น้อยกว่า 20 ปี	38 (48.72)	1	1	
20-39 ปี	167 (70.76)	2.54 (1.50-4.30)	1.93 (0.99-3.82)	
40-59 ปี	109 (68.55)	2.29 (1.31-4.00)	1.36 (0.67-2.74)	
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	25 (78.12)	3.75 (1.45-9.70)	6.48 (1.65-25.35)	
อาชีพ				<0.001*
รับราชการ/บุคลากรทางการแพทย์/นักเรียน/แม่บ้าน/ว่างงาน	66 (55.46)	1	1	
ค้าขาย/งานบริการ	81 (80.20)	3.25 (1.76-5.97)	2.75 (1.40-5.41)	
รับจ้าง/ช่าง/รับเหมาทั่วไป	127 (65.46)	1.52 (0.95-2.42)	1.26 (0.75-2.21)	



ตัวแปร	n(% of symptomatic)	Crude OR	AdjOR	p-value
14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปยัง/มาจาก/อาศัยอยู่ในพื้นที่เกิดโรค/มีการระบาด				0.030*
ไม่สัมผัส	89 (61.38)	1	1	
สัมผัส	250 (69.44)	1.43 (0.95-2.42)	1.76 (1.05-2.95)	
14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				0.022*
ไม่สัมผัส	137 (62.27)	1	1	
สัมผัส	202 (70.88)	1.47 (1.01-2.14)	1.67 (1.07-2.60)	
14 วันก่อนป่วยได้ดูแล/สัมผัสใกล้ชิดผู้มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบ				0.415 ⁺
ไม่สัมผัส	319 (67.58)	1	-	
สัมผัส	20 (60.61)	0.73 (0.35-1.52)		
14 วันก่อนป่วยเดินทางไปในสถานที่ชุมนุมชน/สถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน/มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย				0.003*
ไม่สัมผัส	294 (65.04)	1	1	
สัมผัส	43 (86.00)	3.30 (1.45-7.50)	3.31 (1.39-7.87)	
เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ				0.547 ⁺
ไม่สัมผัส	330 (66.94)	1	-	
สัมผัส	9 (75.00)	1.48 (0.39-5.54)		
เป็นผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ/ปอดอักเสบ เป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ 5 คน ไปในสถานที่เดียวกัน				0.059
ไม่สัมผัส	329 (66.60)	1	1	
สัมผัส	10 (90.91)	5.03 (0.63-39.63)	2.08 (0.24-18.04)	

* Significant in a multivariable analysis, AdjOR ควบคุมปัจจัยเพศ ปัจจัยการสัมผัสผู้มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบ เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เป็นผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ/ปอดอักเสบ เป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ 5 คน ไปในสถานที่เดียวกัน ⁺ ผลจากการวิเคราะห์ Bivariate analysis

สรุปผลการวิจัย

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงอาการ ได้แก่ อายุ อาชีพ ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน เดินทางไปในที่ชุมนุมชน และเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง จึงควรนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มมาตรการในคัดกรอง เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาด โดยเฉพาะกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 20 ปี พบความชุกของอาการแสดงน้อย อาจทำให้มีการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว รวมไปถึงการพิจารณามาตรการสำหรับกลุ่มอาชีพที่เสี่ยง และผู้มีประวัติเสี่ยงด้วยเช่นกัน



อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะทางระบาดวิทยาของอาการแสดงในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบความชุกของอาการไอ ไข้ มีน้ำมูก และเสมหะ และเจ็บคอ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการไอบากที่สุด ร้อยละ 56.60 และรองลงมาคือมีอาการไข้ ร้อยละ 33.60⁽⁶⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า อาการที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรกของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ไอ และมีไข้⁽⁷⁾ เนื่องจากกลไกการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเริ่มต้นที่เยื่อจมูกและเคลื่อนไปยังระบบทางหายใจส่วนบน จึงทำให้เกิดอาการไอ จาม และไข้ ในช่วงแรก นั้นเป็นเพราะกลไกของร่างกายที่พยายามกำจัดเชื้อไวรัส และเกิดกระบวนการตอบสนองเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัสด้วยการหลั่งสารในระบบภูมิคุ้มกัน (เช่น Chemokine, Interferon, Cytokine) และอาการไข้จะพบเพิ่มขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อไปสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบจะพบอาการไข้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง⁽⁸⁾

ผลการศึกษาของอาการแสดงกับเพศ พบว่า เพศชายมีอาการไข้มากกว่าเพศหญิง เพศชายพบร้อยละ 39.92 ในขณะที่เพศหญิงพบ ร้อยละ 32.06 ซึ่งมีงานวิจัยที่พบว่า อาการไข้ในเพศชายเท่ากับร้อยละ 42.30 และเพศหญิง ร้อยละ 39.10 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.014$)⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาผลกระทบของอายุ เพศ กับอัตราป่วยและอาการทางคลินิกในผู้ป่วย 10,014 คน พบว่า ผู้ป่วยชายในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบ ร้อยละ 62.83 ในขณะที่ผู้ป่วยหญิงพบ ร้อยละ 37.17 และพบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาการไข้ และปวดกล้ามเนื้อมากกว่าทุกกลุ่มอายุ (ร้อยละ 62.50 และ ร้อยละ 18.75 ตามลำดับ)⁽¹⁰⁾ มีงานวิจัยที่ศึกษาอธิบายถึงความแตกต่างเนื่องจาก angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) ที่มีบทบาทเกี่ยวกับกระบวนการเข้าสู่เซลล์ของ SARS-COV-2 นั้น ถูกพบในในโครโมโซม X จึงทำให้มีการตอบสนองของภูมิคุ้มกันแตกต่างกันในหญิงและชาย รวมไปถึงฮอร์โมน ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า ระดับความสัมพันธ์กับการลดความรุนแรงของไข้หวัด เพราะทำให้เกิดการลดลงของ cytokine และ chemokine⁽¹¹⁾

ส่วนปัจจัยที่มีผลกับอาการแสดงของผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ปัจจัยด้านอายุ โดยผู้ติดเชื้อที่มีอายุ 20-39 ปี 40-59 ปี และ 60 ปี มีอาการแสดงมากกว่าผู้ติดเชื้ออายุน้อยกว่า 20 ปี 1.93 1.36 และ 6.48 เท่า ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนอาการและอาการแสดงของโควิด 19 ในเด็กและวัยรุ่น⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเด็กและหรืออายุน้อยกว่า 20 ปี จะพบอาการอยู่ระหว่างร้อยละ 14.60-42.00 และไม่ค่อยพบอาการมีน้ำมูก เจ็บคอ ปวดหัว และอื่นๆ และพบว่ามีความรุนแรงของอาการน้อย ซึ่งในผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการไม่รุนแรงมักจะไม่มีอาการไข้หรือปอดอักเสบ⁽¹³⁾ สอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่าร้อยละ 94.10 ของเด็กถูกวินิจฉัยว่ามีอาการแสดงน้อยหรือไม่มีอาการ⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับภูมิคุ้มกันที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น มีการศึกษาที่พบว่า จำนวนลิมโฟไซต์ทั้งหมด CD4+ และ CD8+ T-cell และ helper T cell และ memory T-cell



นั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าระยะพักตัวของโรคในเด็กนั้นยาวกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ระยะเวลาพักตัวของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็กอยู่ที่ประมาณ 6.5 วัน ซึ่งนานกว่าประมาณ 5.4 วันในผู้ใหญ่⁽¹⁶⁾ และมีการตั้งข้อสังเกตว่าในเด็กนั้นอาจมีภูมิคุ้มกันของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อื่น ที่ทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยได้ในเด็ก จึงทำให้การแสดงอาการในเด็กหรือความรุนแรงของโรคลดลง และนอกจากนี้การมียังสอดคล้องกับการมีโรคประจำตัวอื่นร่วมในผู้สูงอายุ (Comorbidity) นั้นอาจเป็นสาเหตุที่อธิบายได้ว่าทำไมผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจึงมีอาการแสดงมากกว่าเด็ก⁽¹⁷⁾

ส่วนปัจจัยด้านอาชีพ (ค่าขาย/งานบริการ AdjOR = 2.75; 95%CI = 1.40-5.41: รับจ้าง/ช่าง/รับเหมาทั่วไป AdjOR = 1.26; 95%CI = 0.75-2.21) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการทำงานที่สัมพันธ์กับการติดต่อของไวรัสโคโรนา 2019 ใน 6 ประเทศ พบว่า อาชีพที่มีความสัมพันธ์กับการติดต่อของไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ คนขับรถ/พนักงานขนส่ง ร้อยละ 18 และงานบริการ/พนักงานขาย ร้อยละ 18⁽¹⁸⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาอาชีพเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสิงคโปร์ พบว่า อาชีพพนักงานที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยวและคนงานก่อสร้าง⁽¹⁹⁾ เนื่องจากอาชีพเหล่านี้เป็นอาชีพที่มีการพบปะผู้คนจำนวนมาก และลักษณะการทำงานจะทำงานรวมกันเป็นกลุ่ม ตามลักษณะการรับจ้างและรับเหมาทั่วไป มักจะโดยสารรถร่วมกันและรับประทานอาหารร่วมกัน จึงอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการระบาดขึ้นในกลุ่มอาชีพเหล่านี้ โดยอุดรธานีมีคลัสเตอร์ก่อสร้าง โรงงานอุตสาหกรรม และตลาดในช่วงที่ผ่านมา จึงทำให้ความเสี่ยงของอาชีพในกลุ่มนี้จึงสูงกว่า

ปัจจัยเสี่ยง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปยัง/มาจาก/อาศัยอยู่ในพื้นที่เกิดโรค/มีการระบาด (AdjOR = 1.76; 95%CI = 1.05-2.95; p-value = 0.030) ซึ่งพบว่า ประมาณร้อยละ 70 ผู้ติดเชื้อในจังหวัดอุดรธานีเดินทางมาจากต่างพื้นที่เสี่ยงจากกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และต่างจังหวัด รวมถึงปัจจัย 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (AdjOR = 1.67; 95%CI = 1.07-2.60; p-value = 0.001) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มีประวัติไปยังสถานที่เสี่ยงมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเป็น 1.92 เท่า (95%CI:1.03-3.56) และมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเป็น 3.49 เท่า (95%CI: 1.49-8.15)⁽²⁰⁾ ซึ่งประวัติการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันมักเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน ซึ่งมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ การเที่ยวบาร์และบ้านเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากอนามัย และพฤติกรรมกำบังตนเอง⁽²¹⁾ ในกลุ่มนี้คลัสเตอร์ที่เกิดในจังหวัดอุดรธานีมีหลายคลัสเตอร์เกิดจากการติดในครอบครัว สัมผัสจากภายนอกหรือพื้นที่เสี่ยงอื่น การทำงานร่วมกันของเพื่อนร่วมงาน รวมถึงศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ งานเลี้ยง งานบุญหรืองานศพ ซึ่งมีการรับประทานอาหารและทำกิจกรรมร่วมกัน



ข้อจำกัดของงานวิจัย

ข้อมูลทุติยภูมิ มีข้อจำกัดของตัวแปรที่เก็บมา เช่น โรคประจำตัว การตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ ออกซิเจนในร่างกาย สัญญาณชีพ อีกทั้ง ไม่ได้เชื่อมโยงกับการรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อติดตามสัญญาณชีพ อาการ และในช่วงเวลาที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์เป็นช่วงที่การให้วัคซีนยังไม่ครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณ ดร.นายแพทย์ปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ นายแพทย์ทวิรัช ศรีกุลวงศ์ นายอุเทน หาแก้ว นางระนอง เกตุดาว นายฐนกร คำหารพล นายสุรเชษฐ์ ดวงตาผา นางเพชรชลิ แดงสกุล เจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และทีม CDCU จังหวัดอุดรธานี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2337>
2. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. J Infect. 2020 Jun;80(6):e14–8.
3. Hsieh FY, Bloch D, Larsen M. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Statistics in medicine. 1998 Aug 1;17:1623–34.
4. Neumann-Podczaska A, Chojnicki M, Karbowski LM, Al-Saad SR, Hashmi AA, Chudek J, et al. Clinical Characteristics and Survival Analysis in a Small Sample of Older COVID-19 Patients with Defined 60-Day Outcome. Int J Environ Res Public Health. 2020 Nov 12;17(22):8362.
5. Assessing the Fit of the Model. In: Applied Logistic Regression [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2000 [cited 2021 Dec 27]. p. 143–202. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/0471722146.ch5>
6. Çalica Utku A, Budak G, Karabay O, Güçlü E, Okan HD, Vatan A. Main symptoms in patients presenting in the COVID-19 period. Scott Med J. 2020 Aug 17; 0036933020949253.
7. Clinicopathological characteristics of 8697 patients with COVID-19 in China: a meta-analysis - PubMed [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32371463/>
8. He X, Cheng X, Feng X, Wan H, Chen S, Xiong M. Clinical Symptom Differences Between Mild and Severe COVID-19 Patients in China: A Meta-Analysis. Front Public Health. 2021 Jan 14;8: 561264–561264.



9. O'Brien J, Du KY, Peng C. Incidence, clinical features, and outcomes of COVID-19 in Canada: impact of sex and age. *J Ovarian Res.* 2020 Nov 24;13(1):137.
10. Barek MdA, Aziz MdA, Islam MS. Impact of age, sex, comorbidities and clinical symptoms on the severity of COVID-19 cases: A meta-analysis with 55 studies and 10014 cases. *Heliyon.* 2020 Dec 1;6(12): e05684.
11. Bienvenu LA, Noonan J, Wang X, Peter K. Higher mortality of COVID-19 in males: sex differences in immune response and cardiovascular comorbidities. *Cardiovasc Res.* 2020 Dec 1;116(14): 2197–206.
12. Viner RM, Ward JL, Hudson LD, Ashe M, Patel SV, Hargreaves D, et al. Systematic review of reviews of symptoms and signs of COVID-19 in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood.* 2021 Aug 1;106(8):802–7.
13. Tiya FT. <p>Clinical Profile of Covid-19 in Children, Review of Existing Literatures</p>. *PHMT.* 2020 Sep 21;11: 385–92.
14. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics.* 2020 Jun 1;145(6): e20200702.
15. Qin C, Zhou L, Hu Z, Zhang S, Yang S, Tao Y, et al. Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Clin Infect Dis.* 2020 Mar 12; ciaa248.
16. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020 Mar 26;382(13):1199–207.
17. Dhochak N, Singhal T, Kabra SK, Lodha R. Pathophysiology of COVID-19: Why Children Fare Better than Adults. *Indian J Pediatr.* 2020 Jul;87(7):537–46.
18. Lan F-Y, Wei C-F, Hsu Y-T, Christiani DC, Kales SN. Work-related COVID-19 transmission in six Asian countries/areas: A follow-up study. *PLOS ONE.* 2020 May 19;15(5):e0233588.
19. Koh D. Occupational risks for COVID-19 infection. *Occup Med (Lond).* 2020 Mar 12;70 (1): 3–5.
20. Bruminhent J, Ruangsuvilai N, Nabhindhakara J, Ingsathit A, Kiertiburanakul S. Clinical characteristics and risk factors for coronavirus disease 2019 (COVID-19) among patients under investigation in Thailand. *PLoS One.* 2020 Sep 15;15(9): e0239250–e0239250.
21. Schoeni RF, Wiemers EE, Seltzer JA, Langa KM. Association Between Risk Factors for Complications From COVID-19, Perceived Chances of Infection and Complications, and Protective Behavior in the US. *JAMA Netw Open.* 2021 Mar 1;4(3): e213984–e21398



สาเหตุของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Reasons for admission and predictors of 30 days readmission in patients with end-stage renal disease and receiving peritoneal dialysis at Mahasarakham Hospital

Received: March 22, 2022

Revised: May 31, 2022

Accepted: June 1, 2022

ณัฐธิดา ตันสังวรณ^{1*}, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ², ธนารักษ์ รัตนโชติพานิช²

Natthida Tansangworn^{1*}, Onanong Waleekhachonloet², Thananan Rattanachotphanit²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ศึกษาแบบ Retrospective cohort study โรงพยาบาลมหาสารคาม ช่วง 1 มกราคม 2560-31 ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ multiple logistic regression โดย SPSS version 25

กลุ่มตัวอย่าง 164 ราย ระยะเวลาติดตาม (person time) 204,563 คน จำนวนวันเฉลี่ย 3.42 ปีต่อคน พบว่า อายุเฉลี่ย 55.50 ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โลหิตจาง และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 92.70, 53.70, 53.70, 30.70 ตามลำดับ) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ≥ 1 ครั้ง 114 ราย (ร้อยละ 69.5) รวม 644 ครั้ง เฉลี่ย 1.15 ครั้งต่อคนต่อปี สาเหตุที่พบบ่อยคือ ไตเรื้อรังระยะที่ 5 (ร้อยละ 50.2) ติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (ร้อยละ 9.50) โลหิตจาง (ร้อยละ 5.10) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 3.60) และ อุจจาระร่วง (ร้อยละ 1.90) มีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษา ≥ 1 ครั้งใน 30 วัน 24 ราย รวม 277 ครั้งจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น 1 วัน ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน ร้อยละ 34 (OR 0.66, 95% CI 0.47-0.93)

ข้อเสนอแนะ คือทีมรักษาควรเน้นดูแลโรคที่พบบ่อยและวันนอนให้เหมาะสมเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษา

คำสำคัญ: การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง, การล้างไตทางช่องท้อง

¹ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

Internal Medicine Department, Mahasarakham Hospital

² กลุ่มวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Clinical Pharmacy Group, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: natt_13@hotmail.com



Abstract

This research aimed to examine reasons for admission and predictors of 30-days readmission in patients with end-stage renal disease and receiving peritoneal dialysis. A retrospective cohort study was used. Data were collected in patients with end-stage renal disease and receiving peritoneal dialysis at Mahasarakham hospital during January 1, 2017, and December 31, 2021. Data from medical records and electronic hospital databases were extracted and analyzed. Descriptive statistics and multiple logistic regression were used. IBM SPSS Statistic version 25 was used for data analysis.

Participants included 164 patients. The total person-time of follow-up was 204,563 patient-days and the average follow-up time/person was 3.42 years. The average age was 55.50 years. The common underlying diseases were hypertension (92.70%), diabetes mellitus (53.70%), anemia (53.70%), dyslipidemia (30.70%). During the study period, 114 patients (69.50%) had admission at least once with a total number of admission 644 times with an average of 1.15 times/person/year. The common reasons for admission included chronic kidney disease stage 5 (50.20%), peritonitis (9.50%), iron deficiency anemia (5.10%), hypertension (3.60%), and diarrhea (1.90%). There were 24 patients or 277 times of 30-days readmission during the study period. It was found that an additional length of stay for one day decreased the risk of 30-days readmission by 34% (OR 0.66, 95% CI 0.47-0.93).

The health care provider team should take good care of diseases that were the major reasons for admission and provide enough length of stay to prevent readmission.

Keywords: Admission, end-stage renal disease, peritoneal dialysis



บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เมื่อผู้ป่วยมีการทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบต่างๆ ของไตเสื่อมไปถาวร จนกระทั่งเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease) ทางเลือกในการรักษาคือ การรักษาแบบประคับประคอง หรือการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการ เช่น การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือด การปลูกถ่ายไต

แนวโน้มความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี การบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis; CAPD) เป็นทางเลือกแรกในการบำบัดทดแทนไตที่ให้กับผู้ป่วยไทยทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม ตามสิทธิของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2552⁽¹⁾ ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องจึงเพิ่มขึ้นมากกว่าการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง 24,244 คน (369 คนต่อล้านประชากร)⁽²⁾

การล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีข้อดีคือ ผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านได้ และมาทำการติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเดือนละ 1-2 ครั้งเท่านั้น ทำให้ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีดังกล่าว มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความผิดปกติของสมดุลน้ำ เกลือแร่ ภาวะยูรีเมีย เลือดเป็นกรด และการติดเชื้อ พบว่ามีเพียงร้อยละ 65 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่มีชีวิตถึง 3 ปีนับตั้งแต่วันวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย⁽³⁾

ในต่างประเทศ มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราและสาเหตุของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในตลอดจนการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องหลายการศึกษา โดยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในรูปแบบการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการผ่าตัด ภาวะผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ โดยอัตราการเข้าโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน อยู่ในช่วงร้อยละ 15-20 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศชาย เบาหวาน สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม⁽⁴⁻⁸⁾ แต่ในประเทศไทย พบว่าการศึกษาในเรื่องดังกล่าวยังมีอยู่จำกัด ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะช่วยสะท้อนปัญหาเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนป้องกันการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีพมากขึ้น รวมถึงลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาล



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสาเหตุของการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่อง
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่อง

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective cohort study โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยไตเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยไตเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา และมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การศึกษา ทั้งนี้ใช้การตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลประจำคลินิก 2 ท่าน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยไตเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นประจำ โดยมาตามนัดทุกครั้ง ทุก 1-2 เดือน ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2560-31 ธันวาคม 2564 โดยเป็นผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่เขตอำเภอเมือง ซึ่งจะมีการติดตามข้อมูลการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2560-31 ธันวาคม 2564 โดยศึกษาสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน จากระหัสวินิจฉัยโรคหลักตาม International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision (ICD-10)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่เวชระเบียนบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือผู้ป่วยที่ย้ายหน่วยบริการประจำจากโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลแห่งอื่นในช่วงที่ทำการศึกษาหรือผู้ป่วยที่มีสาเหตุการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเพื่อรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากการเข้าโรงพยาบาลแบบที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า และมีการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในหลายครั้ง ตามคอร์สการรักษา

จากจำนวนผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง ที่คลินิกผู้ป่วยไตเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาสารคาม 237 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า 187 ราย และถูกคัดออก 23 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 164 ราย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่รับบริการที่คลินิกฟอกไตทางช่องท้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก และ 2) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์บริการสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก และประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (เพศ วันเดือนปีเกิด สิทธิการรักษาพยาบาล) ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง 2) ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ได้แก่ รหัสวินิจฉัยโรคหลัก วันที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานะจำหน่าย ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกติดตามตั้งแต่ 1 มกราคม 2560 จนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษา คือ 31 ธันวาคม 2564 ทั้งนี้จะรวบรวมข้อมูลการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนเสร็จสิ้นและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2564 สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการศึกษา ข้อมูลจะถูกติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดให้การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่เกิดขึ้นครั้งแรก ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง เป็น index admission สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 30 วัน นับจากวันจำหน่ายครั้งก่อน ได้ทำการวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยศึกษาสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากรหัสวินิจฉัยโรคหลักตาม International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision (ICD-10) โดยจัดลำดับโรคที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables) เช่น อายุ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) และ ค่ามัธยฐาน (median) และ interquartile range ตัวแปรไม่ต่อเนื่อง เช่น เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว นำเสนอเป็นความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาด้วยซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 30 วัน โดยใช้ multiple logistic regression และรายงานค่า adjusted odds ratio (OR) ค่า 95% confidence interval (95%CI) และค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในกรณีที่ผู้ป่วย 1 ราย มีการกลับเข้ารับการรักษาด้วยซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 30 วันหลายครั้ง จะวิเคราะห์ข้อมูลจากการกลับเข้ารับการรักษาด้วยซ้ำภายใน 30 วัน ในครั้งแรก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการ MSKH_REC 65-01-003 เลขอนุมัติ COA NO 65/003 วันที่ได้รับการรับรอง 26 มกราคม 2565 มีการรักษาความลับของผู้ป่วยในขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ สกุลผู้ป่วย การนำเสนอผลการวิจัย จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ และไม่ให้ระบุตัวบุคคลได้

ผลการวิจัย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 164 ราย สัดส่วนเพศชาย ร้อยละ 58.50 เพศหญิง 68 ราย (ร้อยละ 41.50) อายุเฉลี่ย 55.50 ปี มีกลุ่มผู้ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ร้อยละ 27.40 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 92.70) รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคโลหิตจาง (ร้อยละ 53.70) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 30.70) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาดำเนินการทางช่องท้องอยู่ในช่วง >1 ปี และ ≤ 5 ปี (ร้อยละ 72) และเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแล (ร้อยละ 97.60) ระยะเวลาที่ติดตาม (person time) 204,563 วัน เฉลี่ย 3.42 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ลำไตทางช่องท้อง

ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	96	58.50
เพศหญิง	68	41.50
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	55.50	13.70
กลุ่มอายุ ≥ 65 ปี	45	27.40
สถานภาพสมรส		
โสด	24	14.60
สมรส	138	84.20
หย่าร้าง/หม้าย	2	1.20
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	29	17.70
ธุรกิจส่วนตัว	14	8.50
ลูกจ้าง	34	20.70
เกษตรกร	87	53.10
มีโรคประจำตัว		
เบาหวาน	88	53.70
ความดันโลหิตสูง	162	92.70



ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไขมันในเลือดสูง	50	30.70
หลอดเลือดสมอง (ตีบ/แตก)	2	1.20
หัวใจขาดเลือด	2	1.20
หัวใจล้มเหลว	17	10.40
เก๊าท์	15	9.20
ซึมเศร้า	4	2.40
โลหิตจาง	88	53.70
ระยะเวลาที่ล้างไตทางช่องท้อง, (ปี), ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.4	2.90
≤1 ปี	16	9.80
>1 ปี และ ≤5 ปี	102	72.10
>5 ปี	46	28.10
มีผู้ดูแล	160	97.60
ไม่มีผู้ดูแล	4	2.40
จำนวน person time ที่ติดตามทั้งหมด (จำนวนคนวัน)	204,563	

จากผู้ป่วยที่ติดตามทั้งหมด 164 ราย มีจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงที่ทำการศึกษา 644 ครั้ง สาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (Chronic kidney disease, stage 5) ร้อยละ 50.20 2) การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Infection and inflammatory reaction due to other internal prosthetic devices, implants and grafts) ร้อยละ 9.5 3) โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia, unspecified) ร้อยละ 5.10 4) ความดันโลหิตสูง (Essential hypertension) ร้อยละ 3.60 และ 5) อูจาระร่วง (Other and unspecified gastroenteritis and colitis of infectious origin) ร้อยละ 1.90 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รหัสวินิจฉัยโรคหลัก 5 อันดับแรก ในผู้ป่วยที่มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รหัสวินิจฉัย	โรค	จำนวน	ร้อยละ
N185	Chronic kidney disease, stage 5	323	50.20
T857	Infection and inflammatory reaction due to other internal prosthetic devices, implants and grafts	61	9.50
D509	Iron deficiency anemia, unspecified	33	5.10
I10	Essential hypertension	23	3.60
A090	Other and unspecified gastroenteritis and colitis of infectious origin	12	1.90



จากผู้ป่วยที่ติดตามทั้งหมด 164 ราย มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ทั้งหมด 114 ราย (ร้อยละ 69.50) จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อคนต่อปี เท่ากับ 1.15 ครั้ง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วย มีการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้องในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสำหรับ index admission จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 15.80) ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนสำหรับ index admission เท่ากับ 3 วัน และ 2 วัน ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในต่อครั้ง เท่ากับ 11,674 บาท และ 6,640 บาท ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายการนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่ติดตามทั้งหมด

ตัวแปร	ผู้ป่วยทั้งหมด (N= 164)
จำนวน person time ที่ติดตามทั้งหมด (วัน)	204,563
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อย 1 ครั้ง, จำนวน (ร้อยละ)	114 (69.50)
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้งหมด (ครั้ง)	644
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน/คน/ปี	1.15
จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้องในการนอนโรงพยาบาลครั้งแรก, จำนวน (ร้อยละ)	18 (15.80)
จำนวนวันนอน/ครั้ง (วัน), ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.0 (3.50)
จำนวนวันนอน/ครั้ง (วัน), ค่ามัธยฐาน (IQR)	2.0 (3.00)
ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน/ครั้ง (บาท), ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	11,647 (16,352)
ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน/ครั้ง (บาท), ค่ามัธยฐาน (IQR)	6,640 (9,780)

IQR, interquartile range คำนวณจากความแตกต่างของค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 และค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ของข้อมูล

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีเข้ารับการรักษาผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 114 ราย พบว่า มีผู้ป่วยที่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง 78 ราย (ร้อยละ 68.40), ผู้ป่วยที่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 30 วัน 24 ราย (ร้อยละ 21.10) และผู้ป่วยที่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 90 วัน 43 ราย (ร้อยละ 37.70) ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนสำหรับผู้ป่วยที่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน เท่ากับ 2.20 วัน และ 1 วันตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในต่อครั้งเท่ากับ 8,468 บาท และ 4,770 บาท ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ข้อมูลจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีการกลับรักษาซ้ำ

ตัวแปร	ค่าข้อมูล
จำนวน person time ที่ติดตามทั้งหมด (วัน)	104,888 (N=114)
จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission) ในโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง, จำนวน (ร้อยละ)	78 (68.40)
จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission) ในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง, จำนวน (ร้อยละ)	24 (21.10)
จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission) ในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง, จำนวน (ร้อยละ)	43 (37.70)
จำนวนครั้งการ readmission ภายใน 30 วัน (ครั้ง)	277
จำนวนครั้งการ readmission ภายใน 30 วัน/คน/ปี	0.96
จำนวนวัน readmission/ครั้ง (วัน), ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สำหรับผู้ที่ readmission ภายใน 30 วัน	2.20 (2.08)
จำนวนวัน readmission/ครั้ง (วัน), ค่ามัธยฐาน (IQR) สำหรับผู้ที่ readmission ภายใน 30 วัน	1.00 (2.00)
ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล/ครั้ง (บาท), ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สำหรับผู้ที่ readmission ภายใน 30 วัน	8,468 (13,558)
ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล/ครั้ง (บาท), ค่ามัธยฐาน (IQR) สำหรับผู้ที่ readmission ภายใน 30 วัน	4,770 (6,318)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันทั้งหมด 277 ครั้ง พบว่า สาเหตุหลักของการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก จากระหัสวินิจฉัยโรคหลัก คือ โรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 ร้อยละ 61.70 โลหิตจากขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 10.50 การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 6.10 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.50 และภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 1.80 (ไม่ได้แสดงตารางข้อมูล)

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 30 วัน พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เป็น index admission ที่เพิ่มขึ้น 1 วัน มีผลลดการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน ร้อยละ 34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 0.66, 95% CI 0.47-0.93, $p=0.016$) และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวโรคเกาต์มีแนวโน้มจะเพิ่มการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน (OR 3.79, 95% CI 0.93-15.51, $p=0.063$)



ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 30 วัน

	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ (ปี)	1.00 (0.96, 1.05)	0.905
เพศชาย	0.80 (0.29, 2.25)	0.675
ระยะเวลาที่ฟอกไตทางช่องท้อง (ปี)	0.99 (0.82, 1.20)	0.912
โรคเบาหวาน	0.58 (0.18, 1.83)	0.351
โรคหัวใจล้มเหลว	1.71 (0.42, 6.98)	0.453
โรคเก๊าท์	3.79 (0.93, 15.51)	0.063
ภาวะโลหิตจาง	1.26 (0.41, 3.83)	0.684
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เป็น index admission (วัน)	0.66 (0.47, 0.93)	0.016
ผู้ป่วยมี peritonitis ในการนอนโรงพยาบาลที่เป็น index admission	0.99 (0.20, 5.23)	0.999

OR, odd ratio; CI, confidence interval

สรุปผลการวิจัย

จากการติดตามผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องทั้งหมด 164 ราย รวมระยะเวลา person time ที่ติดตาม 204,563 วัน หรือเฉลี่ย 3.42 ปีต่อคน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 114 ราย โดยเป็นจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 644 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 1.65 ครั้ง/คน/ปี โดยสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก จาการหัสวินิจฉัยโรคหลัก คือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (ร้อยละ 50.20) การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (ร้อยละ 9.50) โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก (ร้อยละ 5.10) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 3.60) และอุจจาระร่วง (ร้อยละ 1.9) พบว่ามีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 30 วัน 24 ราย (ร้อยละ 21.10 จาก 114 ราย) โดยสาเหตุหลักของการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีความคล้ายคลึงสาเหตุเดิม ทั้งนี้พบว่า หากเพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 1 วัน จะมีผลลดการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน ได้ถึงร้อยละ 34 และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวโรคเก๊าท์มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน 3.80 เท่า

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 1.65 ครั้ง/คน/ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกัน แต่มีเลขฐานและค่าความรู้น่ากว่า (1.60 ครั้ง/คน/ปี)⁽⁹⁾



สาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการศึกษารั้งนี้ คือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น ผู้ลงทะเบียนวิจัยโรค จึงใช้รหัสดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศที่ใช้รหัสวินิจฉัยโรค ซึ่งแสดงถึงภาวะผิดปกติของสมดุลเกลือแร่หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแบบชัดเจนและเจาะจง สาเหตุรองลงมา คือ การติดเชื้อในช่องท้อง ซึ่งสาเหตุจากการติดเชื้อในช่องท้องนี้สอดคล้องกับหลาย การศึกษาก่อนหน้า⁽⁴⁻⁸⁾ ซึ่งพบว่าการติดเชื้อในช่องท้องเป็นสาเหตุที่พบบ่อยและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและยังเป็นสาเหตุหลักและพบบ่อยมากกว่าร้อยละ 15^(10,11) ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทั้งยังนำไปสู่การเกิดเยื่อช่องท้องเสียหน้าที่ในการทำงาน อันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตไปเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในเวลา ต่อมา ทั้งนี้การติดเชื้อในช่องท้องเป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการล้างไตทางช่องท้องในระยะยาว⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามพบว่าการติดเชื้อในช่องท้องจากการศึกษานี้มากกว่าการศึกษาก่อนหน้า (ร้อยละ 9.50 เทียบกับร้อยละ 3.80⁽¹²⁾) สาเหตุการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่พบบ่อยรองลงมาคือ โลหิตจางจาก ขาดธาตุเหล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Zeidanc และคณะที่พบว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุ เหล็กทั้งชนิดที่ไม่พบความผิดปกติของปริมาณเหล็กสะสมในร่างกายและชนิดที่พบความผิดปกติของ ปริมาณเหล็กสะสมในร่างกายเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยล้างไตทางช่อง⁽¹³⁾ และการศึกษาของ Li และคณะที่กล่าวว่าภาวะโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยล้างไต ทางช่องท้องในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก⁽¹⁴⁾ สาเหตุการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่พบบ่อยรองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 3.60) พบน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้า (ร้อยละ 5.470)⁽⁴⁾

อัตราการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 30 วัน ในการศึกษารั้งนี้ พบว่า เท่ากับ ร้อยละ 21.10 ใกล้เคียงกับที่เคยมีรายงาน คือ ร้อยละ 19.80 จากการศึกษาของ Laurin และคณะ⁽¹⁵⁾ สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 30 วัน ในการศึกษารั้งนี้ เกิดจากการติดเชื้อ ร้อยละ 7.34 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Chan และคณะ⁽⁴⁾

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วันพบว่าจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมีผลช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วันได้ ทั้งนี้อาจเกิดจาก จำนวนวันนอนในการศึกษานี้น้อย โดยมีค่ามัธยฐานวันนอนเพียง 2 วัน ในขณะที่การศึกษา ต่างประเทศมีค่ามัธยฐานวันนอน 3.82 วัน⁽⁴⁾ ทั้งนี้ หากได้นอนโรงพยาบาลจนอาการคงที่ก่อนกลับบ้าน จะช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนลดลงและมีผลการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วันได้ จากการศึกษา รั้งนี้พบว่า อายุไม่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วันสอดคล้องกับการศึกษาของ Chan และคณะ⁽⁴⁾ แต่แตกต่างกับการศึกษาบางการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอัตราการนอน โรงพยาบาลซ้ำมากกว่ากลุ่มอายุอื่น^(16,17) เพศชายมีแนวโน้มการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วันน้อยกว่า เพศหญิงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้า⁽⁴⁾ ภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นหนึ่ง



ในสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน 1.70 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁸⁾ แม้ว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้เป็นการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เชิงปริมาณมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลมีอัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันใกล้เคียงกับต่างประเทศ ซึ่งทั้งสองตัวชี้วัดนี้นิยมใช้ในการสะท้อนคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างได้จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่เข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง และเป็นการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเพียง 1 แห่ง ข้อมูลที่ได้สะท้อนลักษณะผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นเกษตรกรส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างหลักในการศึกษา ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลสาเหตุการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในอาศัยรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก ซึ่งการลงรหัสแบบไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้ไม่สามารถประเมินสาเหตุที่แท้จริงได้ รวมถึงไม่สามารถประเมินได้ว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา สามารถป้องกันได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โดยสรุป พบว่า สาเหตุการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องที่โรงพยาบาลมหาสารคามที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก และความดันโลหิตสูงตามลำดับ สาเหตุการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ความดันโลหิตสูง และ ภาวะหัวใจล้มเหลว อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 30 วัน เกิดขึ้นประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมีผลลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก ดังนั้น ควรมีการดูแลด้านยาอย่างเพียงพอ รวมถึงให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อควบคุมภาวะเหล่านี้ โดยตัวอย่างของการให้ความรู้ ได้แก่ การศึกษาของชัยณรงค์ และคณะ (2563)⁽¹⁹⁾ และจากการที่พบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่สั้นเกินไปมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษา ดังนั้นภายใต้ภาวะที่จำนวนเตียงมีจำกัด ทำให้ระยะวันนอนสั้น ควรพัฒนา



ระบบการดูแล เช่น ควรมีระบบแผนการดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล⁽²⁰⁾ ระบบการดูแลเพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ระบบเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตลอดจนการติดตามอย่างใกล้ชิดในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น การโทรศัพท์ ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ในหลายประเทศเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล^(21,22) ตลอดจนการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽²³⁾

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร แพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคามที่ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2553 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
2. Thai Renal Replacement Therapy (TRT) Committee. Provision of RRT in Thailand in year 2015. In: Praditpornsilp K, ed. Thailand renal replacement therapy: year 2015. Nephrology Society of Thailand, 2015.
3. CKD in the United States: An overview of the USRDS annual data report, Volume 1. American Journal of Kidney Diseases. 2015; 66(1):S1-10.
4. Chan L, Poojary P, Saha A, Chauhan K, Ferrandino R, Ferket B, et al. Reasons for admission and predictors of national 30-day readmission rates in patients with end-stage renal disease on peritoneal dialysis. Clin Kidney J. 2017; 10(4):552-559.
5. Fried L, Abidi S, Bernardini J, Johnston JR, Piraino B. Hospitalization in peritoneal dialysis patients. Am J Kidney Dis. 1999; 33(5):927-933.
6. Lovasik BP, Zhang R, Hockenberry JM, Schrager JD, Pastan SO, Mohan S, et al. Emergency department use and hospital admissions among patients with end-stage renal disease in the United States. JAMA Intern Med. 2016; 176: 1563.
7. Xu Y, Li L, Evans M, Xu H, Lindholm B, Carrero JJ. Burden and causes of hospital admissions and readmissions in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a nationwide study. J Nephrol. 2021; 34(6):1949-1959.
8. Perl J, McArthur E, Bell C, Garg AX, Bargman JM, Chan CT, et al. Dialysis modality and readmission following hospital discharge: A Population-Based Cohort Study. Am J Kidney Dis. 2017; 70(1):11-20.



9. Saran R, Li Y, Robinson B, Ayanian J, Balkrishnan R, Bragg-Gresham J, et al. US renal data system 2014 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2015 Jul;66(1 Suppl 1): Svi, S1-305.
10. Szeto CC, Li PK. Peritoneal dialysis-associated peritonitis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2019; 14(7):1100-1105.
11. Boudville N, Kemp A, Clayton P, Lim W, Badve SV, Hawley CM, et al. Recent peritonitis associates with mortality among patients treated with peritoneal dialysis. *J Am Soc Nephrol.* 2012; 23(8):1398-1405.
12. Salzer WL. Peritoneal dialysis-related peritonitis: challenges and solutions. *Int J Nephrol Renovasc Dis.* 2018; 11:173–186
13. Zeidan A, Bhandari S. Anemia in peritoneal dialysis patients; iron repletion, current and future therapies. *Perit Dial Int.* 2017; 37(1):6–13.
14. Li PKT, Choy ASM, Bavanandan S, Chen W, Foo M, Kanjanabuch T, et al. Anemia management in peritoneal dialysis: perspectives from the Asia Pacific Region. *Kidney Med.* 2021; 3(3):405–411.
15. Laurin L-P, Harrak H, Elftouh N, Ouimet D, Vallée M, Lafrance J-P. Outcomes of infection-related hospitalization according to dialysis modality. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2015 May 7; 10(5):817–24.
16. Emons MF, Bae JP, Hoogwerf BJ, Kindermann SL, Taylor RJ, Nathanson BH. Risk factors for 30-day readmission following hypoglycemia-related emergency room and inpatient admissions. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2016; 4(1):e000160.
17. Ranasinghe I, Wang Y, Dharmarajan K et al. Readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia among young and middle-aged adults: a retrospective observational cohort study. *PLoS Med.* 2014; 11(9):e1001737.
18. Readmissions High Among Peritoneal Dialysis Patients [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 8]. Available from: <https://www.medpagetoday.com/meetingcoverage/nkf/72299>
19. ชัยณรงค์ มงคลศรีสวัสดิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วย วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูพาน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.* 2563; 13(2):485-491.



20. ปราณี ทองคำ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (พ.ศ.2562) กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13(2):477-484.
21. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. JAMA Intern Med. 2014; 174(7):1095-1107.
22. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. Annu Rev Med. 2014; 65:471-485.
23. สุพัฒน์ อาสนะ, วรรณภา สระทองหน, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562; 13(2):140-149.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของ พนักงานเย็บกระเป๋าน้ำจระเข้ในตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

FACTORS AFFECTING MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG CROCODILE BAG SEWERS IN THA RUEA SUB-DISTRICT, THA RUEA DISTRICT, PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA

Received: March 10, 2022

Revised: June 01, 2022

Accepted: June 05, 2022

ขวัญแข นนุภักดิ์¹, ชญาณทิพย์ งามภักตร์¹, ดวงสมร วงษ์ศรีแก้ว¹, อภิชาติ บุญไชโย¹
อรพิน สองพรหมทิพย์¹, วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์^{1*}

Khwanakhae Nunbhakdi¹, Chayathip Ngampak¹, Doungsamon Wongsrikeaw¹,
Apichit Bunchaiyo¹, Orapin Songphromtip¹, Watcharaporn Wongsakoonkan^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าน้ำจระเข้ในตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม และแบบประเมิน Rapid Upper Limb Assessment (RULA) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วงระยะเวลา 7 วัน ก่อนการศึกษาของพนักงานเย็บกระเป๋าน้ำจระเข้ มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจำนวน 59 คน (ร้อยละ 69.40) ส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติบริเวณไหล่ (ร้อยละ 50.60) คอ (ร้อยละ 31.80) และหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 17.60) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง พบว่า ระยะเวลาในการทำงานต่อเนื่องมีผลต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.031)

ผลวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน เพิ่มเวลาพักและส่งเสริมกิจกรรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการผิดปกติของระบบระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าน้ำจระเข้

คำสำคัญ: อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง, ความชุก, การยศาสตร์, พนักงานเย็บกระเป๋าน้ำจระเข้

¹ หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Science and Technology, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

*Corresponding author E-mail : watcharaporn@vru.ac.th



Abstract

This study aimed to determine the prevalence and factors affecting musculoskeletal disorders among crocodile bag sewers in Tha Ruea sub-district, Tha Ruea district, Phra Nakhon Si Ayutthaya. The 85 crocodile bag sewers were recruited. Data were collected by using questionnaires and Rapid Upper Limb Assessment (RULA). The analysis of the data was performed using descriptive statistics and Chi-square test.

According to the prevalence of musculoskeletal disorders that were reported in the past 7 days, The 59 crocodile bag sewers had musculoskeletal disorders (69.40%). Most of the workers had symptoms at shoulder (50.60%), neck (31.80%) and lower back (17.60%), respectively. Regarding the factors affecting the musculoskeletal disorders, it was found that the duration of continuous sitting was significantly associated with the symptoms of musculoskeletal disorders at the 0.05 (p-value = 0.031).

These findings showed that working postures behavior should be adjusted. Increase rest time and promote stretching activities to reduce the symptoms of musculoskeletal disorders among crocodile bag sewers.

Keywords: Musculoskeletal disorders, Prevalence, Ergonomics, Crocodile bag sewer



บทนำ

อุตสาหกรรมเครื่องหนังเป็นอุตสาหกรรมประเภทหนึ่งที่มีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย เนื่องจากงานผลิตภัณฑ์เครื่องหนังของไทยและผลิตภัณฑ์เครื่องหนัง Exotic เช่น หนังงู หนังปลากระเบน และหนังจระเข้ของไทยนั้นมีความประณีตสูง ทำให้ได้รับความนิยมจากชาวต่างชาติ มีแนวโน้มเพิ่มกำลังการผลิตและส่งออกรายอย่างต่อเนื่องเสมอมา⁽¹⁾ แม้จะมีการชะลอตัวในช่วงปี 2563 ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่จากรายงานภาวะเศรษฐกิจอุตสาหกรรมไทยในไตรมาสที่ 3 ของปี 2564 ซึ่งให้เห็นว่า ดัชนีการผลิตที่เพิ่มขึ้นและมูลค่าการส่งออกยังเพิ่มขึ้นตามไปด้วย⁽²⁾ กระบวนการผลิตต้องใช้แรงงานคนเป็นหลักส่งผลให้พนักงานอาจต้องประสบปัญหากับอันตรายจากสภาพแวดล้อมในการทำงานได้⁽³⁾

สำหรับอันตรายจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่พนักงานเย็บกระเป๋าต้องเผชิญมีทั้งด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และการยศาสตร์ หากพิจารณาถึงส่วนของงานเย็บกระเป๋าจะพบว่า การทำกระเป๋าแต่ละชิ้นจะเป็นการทำงานตามแบบที่ถูกคำสั่งการ ต้องใช้ฝีมือในการตัดเย็บ เป็นงานที่ใช้ความละเอียดจึงก่อให้เกิดความเครียด ความกดดันได้ และเมื่อตลาดมีแนวโน้มความต้องการสูง พนักงานจะต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อให้สินค้าเสร็จตามวันเวลาที่กำหนด และการนั่งทำงานด้วยท่าทางซ้ำๆ เป็นระยะเวลานานๆ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังตามมาได้⁽⁴⁾⁽⁵⁾

อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างเป็นลักษณะของการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดอาการปวด บวม เคล็ด อักเสบ และสูญเสียความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น เส้นประสาท และเส้นเลือด ด้วยเป็นผลมาจากการที่พนักงานต้องทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม ทำงานด้วยท่าทางซ้ำๆ ออกแรงเกินกำลัง⁽⁶⁾ ผลกระทบจากการเกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างจากการทำงานทำให้พนักงานต้องสูญเสียรายได้จากการพักรักษาตัว นายจ้างต้องสูญเสียรายได้จากผลผลิตที่ลดลงจากการทำงานที่ไม่เต็มประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ หากสามารถค้นหาความเป็นอันตรายในท่าทางการทำงาน เช่น ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ขั้นตอนการทำงานซ้ำๆ ที่ไม่จำเป็นจะช่วยให้เกิดการวางมาตรการในการประเมิน ควบคุมและเฝ้าระวังสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยได้ นำไปสู่การแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

ด้วยปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ทำวิจัยสนใจที่จะศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจระเข้ในตำบลท่าเรือ อำเภوتاเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสถานประกอบการนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และลดอันตรายที่เกิดกับพนักงาน และเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผนทางในการป้องกันปัญหาทางด้านความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจระเข้



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้ในตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้ในตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ พนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้ในตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 95 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้ จำนวน 95 คน ด้วยสูตรของ Krejcie and Morgan⁽⁸⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 กำหนดสัดส่วนประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 77 คน และเพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับข้อมูล จึงได้ทำการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 85 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้มีอาชีพเย็บกระเป๋าหนังจะเข้ที่มีประสบการณ์ 1 ปีขึ้นไป มีความสมัครใจและยินยอมในการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงหรือเคยเข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่เกิดจากการทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และแบบประเมินท่าทางการทำงาน Rapid Upper Limb Assessment (RULA)⁽⁹⁾ ผลการประเมินความเสี่ยงจากการประเมินท่าทางการทำงานด้วยแบบประเมิน Rapid Upper Limb Assessment (RULA) แบ่งออกเป็น

- ระดับความเสี่ยง 1 คะแนน RULA 1-2 มีความเสี่ยงน้อยมากยังไม่ต้องดำเนินการใด ๆ
- ระดับความเสี่ยง 2 คะแนน RULA 3-4 มีความเสี่ยงน้อยอาจต้องมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
- ระดับความเสี่ยง 3 คะแนน RULA 5-6 มีความเสี่ยงปานกลางควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข
- ระดับ ความเสี่ยง 4 คะแนน RULA 7 ขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงควรปรับปรุงและแก้ไขทันที



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ ค่า IOC เท่ากับ 0.82 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มพนักงานเย็บผ้าโหลที่มีการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงในการตอบแบบสอบถาม และการเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้าในตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.80 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 43.50 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 40.00 ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 63.50 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 75.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	48.20
หญิง	44	51.80
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปี	12	14.10



ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
30 – 39 ปี	25	29.50
40 – 49 ปี	37	43.50
เท่ากับหรือมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 45 ± 1.57 ปี)	11	12.90
ดัชนีมวลกาย		
ผอม (BMI น้อยกว่า 18.5)	2	2.35
ปกติ (BMI 18.6 – 22.9)	34	40.00
น้ำหนักเกิน (BMI 23.0 – 24.9)	14	16.47
อ้วน (BMI 25.0 – 29.9)	29	34.12
อ้วนมาก (BMI 30 ขึ้นไป)	6	7.06
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกาย	31	36.50
ไม่ออกกำลังกาย	54	63.50
โรคประจำตัว		
มี	21	24.70
ไม่มี	64	75.30

ผลการศึกษาปัจจัยด้านการทำงานของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้าในตำบลท่าเรือ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุการทำงานมากกว่า 4 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.80 ตำแหน่งงานเป็นช่างทำกระเป๋าขนาดเล็กร้อยละ 71.80 ระยะเวลาในการนั่งทำงานต่อเนื่องเท่ากับหรือมากกว่า 4 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 76.50 จำนวนชิ้นงานที่ผลิตได้ต่อเดือนมากกว่า 50 ชิ้นขึ้นไป ร้อยละ 71.80 และระดับความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานที่ประเมินด้วยแบบประเมินท่าทางการทำงาน Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 71.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุการทำงาน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี	35	41.20
มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	50	58.80



ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
ช่างทำกระเป๋าขนาดเล็ก	61	71.80
ช่างทำกระเป๋าขนาดใหญ่	24	28.20
ระยะเวลาในการนั่งทำงานต่อเนื่อง		
น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	20	23.50
เท่ากับหรือมากกว่า 4 ชั่วโมงขึ้นไป	65	76.50
จำนวนชิ้นงานที่ผลิตได้ต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ชิ้น	24	28.20
มากกว่า 50 ชิ้นขึ้นไป	61	71.80
ระดับความเสี่ยงจากท่าทางการทำงาน		
3 เริ่มมีปัญหาคารยศาสตร์ ต้องปรับปรุงงานโดยเร็ว	24	28.20
4 ต้องปรับปรุงงานทันที	61	71.80

ผลการศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในพนักงานจำนวน 85 คน (หมายถึง มีอาการปวด เมื่อย เจ็บ หรือชาที่ตำแหน่งใดๆ ของร่างกายอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง) ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 59 คน (ร้อยละ 69.40) มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	ไม่มี	มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
7 วันที่ผ่านมา	26 (30.6)	59 (69.4)

ส่วนของร่างกายที่มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้าในช่วง 7 วันที่ผ่านมาพบ อาการผิดปกติมากที่สุดที่บริเวณไหล่ (ร้อยละ 50.60) คอ (ร้อยละ 31.80) และหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 17.60) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ส่วนของร่างกายที่มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (n=85)

ส่วนของร่างกายที่มีอาการผิดปกติของระบบ กล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	7 วันที่ผ่านมา	
	จำนวน	(ร้อยละ)
คอ	27	31.80
ไหล่	43	50.60
หลังส่วนบน	15	17.60
หลังส่วนล่าง	24	28.20
แขนส่วนบน	17	20.00
ข้อศอก	21	24.70
แขนส่วนล่าง	15	17.60
มือ/ข้อมือ	20	23.50
สะโพก/ต้นขา	17	20.00
หัวเข่า	17	20.00
ข้อเท้า/เท้า	21	24.70

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วง 7 วันก่อนการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระยะเวลาในการนั่งทำงานต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0031$) ขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วง 7 วันก่อนการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ปัจจัย	อาการผิดปกติช่วง 7 วันที่ผ่านมา		p-value
	ไม่มี	มี	
เพศ			0.829
ชาย	13	28	
หญิง	13	31	



ปัจจัย	อาการผิดปกติช่วง 7 วันที่ผ่านมา		p-value
	ไม่มี	มี	
อายุ (ปี)			0.191
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปี	2	10	
30 – 39	9	16	
40 – 49	14	23	
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	1	10	
ดัชนีมวลกาย			0.638
ปกติ (BMI $\leq$ 18.5-24.9)	12	24	
เกินปกติ (BMI $\geq$ 25 ขึ้นไป)	14	35	
ออกกำลังกาย			0.089
ออกกำลังกาย	6	25	
ไม่ออกกำลังกาย	20	34	
โรคประจำตัว			0.186
มี	22	42	
ไม่มี	4	17	
อายุการทำงาน (ปี)			0.536
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี	12	23	
มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	14	36	
ตำแหน่งงาน			0.386
ช่างทำกระเป๋าเล็ก	17	44	
ช่างทำกระเป๋าใหญ่	9	15	
ระยะเวลาในการนั่งทำงานต่อเนื่อง			0.031*
น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	10	10	
เท่ากับหรือมากกว่า 4 ชั่วโมงขึ้นไป	16	49	
จำนวนชิ้นงานที่ผลิตได้ต่อเดือน			0.386
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ชิ้น	9	15	
มากกว่า 50 ชิ้นขึ้นไป	17	44	



ปัจจัย	อาการผิดปกติช่วง 7 วันที่ผ่านมา		p-value
	ไม่มี	มี	
ระดับความเสี่ยงจากท่าทางการทำงาน			0.858
3 เริ่มมีปัญหการยกศาสตร์ ต้องปรับปรุงงานโดยเร็ว	7	17	
4 ต้องปรับปรุงงานทันที	19	42	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

สรุปผลการวิจัย

ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วงระยะเวลา 7 วันก่อนการศึกษาของพนักงานเย็บผลิตภัณฑ์กระเป๋าหนังจะเข้า พบว่า พนักงานเย็บผลิตภัณฑ์กระเป๋าหนังจะเข้า จำนวน 59 คน (ร้อยละ 69.40) มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างโดยส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติบริเวณไหล่ (ร้อยละ 50.60) คอ (ร้อยละ 31.80) และหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 17.60) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง พบว่า ระยะเวลาในการนั่งทำงานต่อเนื่องมีผลต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.031)

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้าส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากลักษณะในการทำงานทั้งการนั่งทำงานในตำแหน่งเดิม การใช้มือและแขนทำงานในท่าทางซ้ำๆ การใช้มือในการเอื้อมมือหยิบจับสิ่งของ การเร่งผลิตชิ้นงาน การไม่พักระหว่างการทำงาน ล้วนแต่เป็นสาเหตุให้พนักงานมีความเสี่ยงที่จะเผชิญกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เมื่อพิจารณาผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยกศาสตร์โดยใช้แบบประเมิน Rapid Upper Limb Assessment (RULA) จะเห็นได้ว่า ระดับความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานของพนักงานอยู่ในระดับ 4 นั้นหมายความว่า สภาพการทำงานของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้าไม่เหมาะสม ควรต้องมีการปรับปรุง

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรนนท์ ชีระธารินพงศ์ และวีระพร ศุทธากรณ์, 2557⁽¹⁰⁾ ที่มีการศึกษาความเสี่ยงด้านการยกศาสตร์ในการทำงานของพนักงานสานตะกร้าไม้ไผ่ซึ่งมีลักษณะงานคล้ายกับงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้า พบว่า ท่าทางการทำงานที่ต้องนั่งทำงานนานๆ ใช้มือและแขนในการทำงาน ตลอดจนมีการก้ม บิดตัว เอี้ยวตัว และมีท่าทางการทำงานซ้ำๆ จะมีความเสี่ยงสูง



ความเสี่ยงอยู่ในระดับ 4 เช่นกัน ซึ่งเป็นปัญหาการยศาสตร์ที่ควรต้องมีการปรับปรุงสภาพการทำงาน และท่าทางการทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันนี้ในอาชีพแรงงานทำไม้กวาดที่มีการทำงานด้วยการนั่ง ใช้มือและแขนในการทำงาน เคลื่อนไหวซ้ำๆ มีการก้มตัวไปข้างหน้า ผลการประเมินระดับความเสี่ยง จากท่าทางการทำงานของพนักงานอยู่ในระดับ 4 เช่นกัน⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการประเมิน ท่าทางการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเย็บรองเท้าในประเทศอิหร่านที่นั่งทำงานอยู่กับที่ มีการ เคลื่อนไหวมือและแขนตลอดเวลา ต้องก้มตัว คอ ศรีษะไปข้างหน้า ผลการประเมินความเสี่ยง ทางการยศาสตร์ จึงพบว่า ต้องมีการดำเนินการแก้ไขทันที⁽¹²⁾

ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้พนักงานเกิดปัญหาการยศาสตร์เกิดอาการผิดปกติ ของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างได้ การต้องยืนหรือนั่งท่าเดียวนานๆ เป็นระยะเวลาติดต่อกัน การโน้มตัวไปข้างหน้า การเคลื่อนไหวซ้ำๆ ส่งผลให้เกิดอาการปวดบริเวณหลังและคอ ส่วนการยก แขนซ้ำๆ ในการทำงานส่งผลให้เกิดอาการปวดบริเวณระยางค์ส่วนบนได้^(13,14) ดังนั้น เพื่อเป็นการ ลดความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์สำหรับการทำงานของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะขอตรวจสอบ การทำงานให้เหมาะสม ปรับแก้ให้เหมาะสมกับสัดส่วนของพนักงาน ปรับเปลี่ยนขั้นตอนการ ทำงานที่ต้องมีการก้มตัวไปด้านหน้า การเกร็งมือแขน และไหล่ ส่งเสริมให้พนักงานมีการปรับเปลี่ยน อิริยาบถด้วยการเพิ่มระยะเวลาพัก ในช่วงพักอาจมีการจัดกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อและอบรมให้ ความรู้แก่พนักงานเรื่องการยศาสตร์ เพื่อลดความเสี่ยงทางกายศาสตร์ที่เกิดจากการทำงาน⁽¹⁵⁾

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ในพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะขอ พบว่า ระยะเวลาในการนั่งทำงานต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.031$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิพา ชูปวา และพิรญา อึ้งอุครภักดี (2560)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การทำงานที่ต้องอยู่ในท่าที่กล้ามเนื้อเกร็งเป็นเวลานานหรือต้องออกแรงมาก ต่อเนื่องเป็นเวลา 3-5 นาที ส่งผลต่อความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างได้ และ สอดคล้องกับงานวิจัยของชาตรี เชิดนาม และวิภาดา พนาขอบกิจ (2564)⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การสัมผัส สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยเฉพาะลักษณะการทำงานที่ต้องทำงานในท่าเดิมเป็น ระยะเวลาานส่งผลให้เกิดอาการปวดระบบส่งผลให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง บริเวณสะโพก เอว หลัง และสะบักได้ และสอดคล้องกับ Dianat I และ Salime A (2014)⁽¹²⁾ ที่พบว่า การทำงานเป็นระยะเวลาานหลายชั่วโมงต่อเนื่องโดยไม่หยุดพัก จะมีผลกระทบต่อพนักงานในการมี อาการที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อและกระดูกได้



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการลดอาการบาดเจ็บบริเวณไหล่ คอและหลังส่วนล่างให้กับพนักงานเย็บกระเป๋าหนัง จะเข้าโดยการปรับท่าทางการทำงาน ใช้อุปกรณ์พยุงหลัง(back support) จัดตารางการปฏิบัติงานให้เหมาะสม โดยกำหนดให้มีระยะเวลาการพักผ่อนระหว่างทำงาน ไม่ควรให้พนักงานนั่งทำงานต่อเนื่อง โดยไม่หยุดพัก อาจเพิ่มระยะเวลาในการพักทั้งการพักช่วงเช้าและพักช่วงบ่าย และส่งเสริมกิจกรรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการผิดปกติของระบบระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้า

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณพนักงานเย็บกระเป๋าหนังจะเข้าที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรุณ คงเจริญ, โกวิท พวงงาม, เพ็ญศรี นิรินัง, วรสิทธิ์ เจริญพัฒน์. กระบวนการนโยบายในการจัดการปัญหาแรงงานขาดแคลนกรณีศึกษาอุตสาหกรรม รองเท้า. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2563; 7(2): 575-98.
2. สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม. สรุปภาวะเศรษฐกิจอุตสาหกรรมไทยไตรมาสที่ 3/2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://www.ryt9.com/s/oie/327874> 6.
3. นเรศ มณีเทศ. การจัดการความรู้ทางด้านสุขภาพ ของพนักงานโรงงานในพื้นที่อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 434-40.
4. สุนิสา ชายเกลี้ยง, ธวัชชัย คำป้อม, วรพรรณ ภูชาดา. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการสัมผัสปัจจัยการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบกลุ่มเย็บผ้าสำเร็จรูป. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(1): 99-111.
5. พิชชาพร บุญสูง, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, ประสงค์ กิตติดำรงสุข เพชรรัตน์ ภูอนันตานนท์. การประเมินงานการยศาสตร์ในคนงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล 2564; 44(2): 271-80.
6. อิศริย์รัช สืบสร, มณฑนา ดำรงศักดิ์, ชีรณัฐ ห่านิรติชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บ โครงร่างกล้ามเนื้อ ที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพผลิตรูป. พยาบาลสาร 2556; 40: 108-19.



7. อรรถพล แก้วนวล, บรรพต โลหะพุนตระกูล, กลางเดือน โพชนา. ความชุกของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานในอาชีพต่างๆ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(2): 53-64.
8. มารยาท โยทองยศ, ปราณี สวัสดิ์. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>
9. Middlesworth M. A step-by-step guide rapid upper limb assessment (RULA) [Internet]. 2013 [cited 2020 September 10]. Available from <https://ergo-plus.com/wp-content/uploads/RULA-A-Step-by-Step-Guide1.pdf>
10. จิรนนท์ ชีระธารินพงศ์, วีระพร สุทธากรณ์. ความชุกของกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อและปฏิกิริยาด้านท่าทางในการทำงานในกลุ่มอาชีพสวนตะกร้าไม้ไผ่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2557; 44(3): 273-87.
11. สุนิสา ชายเกลี้ยง, ธัญญาวัฒน์ หอมสมบัติ. การประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์การทำงานโดยมาตรฐาน RULA ในแรงงานนอกระบบ กลุ่มรายงานทำไม้กวาดรมสุข. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554; 26(1): 35-40.
12. Dianat I, Salimi A. Working conditions of Iranian hand-sewn shoe workers and associations with musculoskeletal symptoms. Ergonomics 2014; 57(4):602-611.
13. เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล, ยอดชาย บุญประกอบ, สาวิตรี วันเพ็ญ, วันทนา ศิริราชิวัตร. ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มอาชีพอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2553; 22(3): 292-301.
14. ณวพร กรบริสุทธิ. คุณภาพชีวิตของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการทางด้านสุขภาพของภาครัฐ พื้นที่ภาคใต้ฝั่งตะวันตก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561; 11(3): 218-25.
15. พัชรินทร์ ใจจุ่ม, ทศน์พงษ์ ตันติปัญญพร. ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ ด้านการยศาสตร์เพื่อลดอาการปวดเมื่อยหลังและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของ คนงานทอผ้าด้วยมือ ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2561; 20(3): 29-39.
16. วิพา ชูปวา, พิรญา อึ้งอุดรภักดี. ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานทำความสะอาด. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร 2560; 25(1): 23-31.



17. ชาตรี เชนนาม, วิชาดา พนาออบกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหมจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2): 280-89.
18. นเรศ มณีเทศ. การจัดการความรู้ทางด้านสุขภาพ ของพนักงานโรงงานในพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 434-40.



การพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมความสามารถ ด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

The Development of an instructional Model Using Reflective Learning to Enhance Student Nurse Critical Thinking

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง^{1*}, ปาริฉัตร อุทัยพันธ์²

DOUNGJAI PLIANBUMROONG^{1*} PARICHAT UTAIPAN²

Received: February 22, 2022

Revised: May 16, 2022

Accepted: May 26, 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อสร้างและตรวจสอบคุณภาพ และประเมินการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล ดำเนินงานโดย ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ออกแบบและพัฒนา ทดลองใช้ และปรับปรุงแก้ไขก่อนเผยแพร่ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ มีค่าความเชื่อมั่น 0.90 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) การสร้างและตรวจสอบคุณภาพ พบว่า รูปแบบการสอน มีองค์ประกอบดังนี้ หลักการเบื้องต้น วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหาสาระกระบวนการจัดการเรียนรู้ และการวัดประเมินผลการเรียนรู้ ขั้นตอนการเรียนการสอนเน้นการสะท้อนคิด 7 ขั้นตอน คือ อธิบายเหตุการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้น อธิบายความรู้สึกต่อเหตุการณ์ บอกหลักการที่ช่วยสนับสนุนการกระทำ รับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย ลำดับการสะท้อนคิดหรือประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม นำข้อสรุปที่ได้ไปปฏิบัติ และสะท้อนคิดประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในระดับดี และสามารถเสริมสร้างความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาลได้ดี 2) ประเมินการใช้รูปแบบ พบว่าความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับดีมาก ($M=4.15$, $SD=0.70$)

การจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานี้จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้กล้าแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง และช่วยให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการเรียนรู้, การสะท้อนคิด, ความสามารถด้านการคิดวิจารณ์

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

Boromaraionani College of Nursing Yala

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

Sirindhorn College of Public Health YALA

*Corresponding author E-mail : dounjai@bcnyala.ac.th



Abstract

The purpose of this study were construct and verify, and evaluate the Thought Reflection Learning Model, to enhance critical thinking for student nurses and examine its quality. This research and development study comprised of 4 steps which were studying data based (Research–R1: Analysis), design and development (Development–D1: Design and Development) implementing (Research–R3: Implementation), and evaluating before using. (Development–D2: Evaluation). The data collection questionnaire were critical thinking, satisfied of Model. The reliability were 0.90 and semistructure interview. Datas were analyzed using mean score, standard deviation and content analysis.

The results of this study were as follows:

1. To construct and verify. Result; the developed model consisted of principles, objectives, contents, instructional processes, and evaluations. It has a learning management process focused on thought reflection in 7 steps contained of describe experience, feeling, rational, perspectives, concept, experiment, and reflect learning. The quality of model and learning materials at the good level. The studies' result of using the model were able to enhance the critical thinking abilities of nursing students.

2. To evaluate model, to enhance critical thinking for student nurses and examine its quality. Result; student nurses' satisfaction of the model mean score were highest level ($M=4.15$, $SD= 0.70$).

Teaching and learning according to this developed model will help students dare to act. extensive reviews and help to learn new things

Key words: Learning Model, Thought Reflection Learning Model, Critical Thinking



บทนำ

แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสังคมไทยให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายให้ผู้เรียนทุกคนได้รับการพัฒนาให้มีคุณลักษณะและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (3Rs8Cs) อาทิ ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะในการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity and Innovation)⁽¹⁾ ซึ่งตรงกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ของผู้เรียน ในการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา เรื่องมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ไว้ 13 ลักษณะ โดย 1 ใน 13 ลักษณะสำคัญคือ บัณฑิตพยาบาลศาสตร์จะต้องเป็นผู้ที่คิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์คิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ได้⁽²⁾ การคิดวิจารณ์มีบทบาทสำคัญต่อสังคมปัจจุบันเป็นอย่างมาก ผู้สอนจึงต้องฝึกให้ผู้เรียนมีโอกาสสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อฝึกเป็นผู้พูดผู้ฟังที่ดี ฟังรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น⁽³⁾ เพื่อเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ตลอดชีวิต ดังนั้น ผู้สอนจึงควรมีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สอนเป็นผู้ให้การสนับสนุนและกระตุ้นการเรียนรู้ การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด (Reflective Learning) ช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนได้ใช้ศักยภาพตนเองในการทบทวนการเรียนรู้ของตนเอง ฝึกคิดวิเคราะห์ สร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ จากการพิจารณาประสบการณ์ที่ได้รับ

การศึกษายาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถในเชิงวิชาชีพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้รับบริการ ทั้งในภาวะวิกฤต เจ็บพลัน เรื้อรัง และระยะสุดท้าย จากการเปลี่ยนแปลงของยุคโลกไร้พรมแดนในปัจจุบัน ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง ดังนั้น หากผู้เรียนได้รับการฝึกฝนให้เกิดการคิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ และคิดวิจารณ์ได้อย่างดี ก็คาดการณ์ได้ว่าผู้เรียนจะสามารถค้นหาปัญหา วิเคราะห์ สังเคราะห์ แก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสร้างสรรค์⁽⁴⁾ สำหรับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ตั้งแต่ปีการศึกษา 2555 เป็นต้นมา ได้มีการปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนการสอนเป็นแบบที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ และแก้ปัญหาคด้วยตนเองมากขึ้น เช่น การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้หุ่นมนุษย์จำลอง (simulation-based learning) การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด (Reflective Learning) เป็นต้น⁽⁵⁾ ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าผู้สอนจะเลือกใช้วิธีการใดที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียน และลักษณะวิชา การสะท้อนคิดว่าเป็นการประเมินและการวิเคราะห์เชิงบูรณาการ ระหว่างประสบการณ์ของผู้เรียนที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลให้ผู้เรียนเกิดความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดแก้ปัญหา และความพึงพอใจในบทบาทของตนเอง⁽⁶⁾ และช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ทบทวนตนเองเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาตนเองให้ดีขึ้น ถึงแม้ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัย



พยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จะมีกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายแต่พบว่าการจัดการเรียนการสอนโดยการสะท้อนคิดในนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ซึ่งเริ่มเข้าสู่รายวิชาทางการพยาบาลนักศึกษาส่วนใหญ่อาจจะยังไม่เคยมีประสบการณ์ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมการคิดวิจารณ์ของผู้นเรียนอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนาความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา โดยผ่านรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด เพื่อช่วยพัฒนาผู้นเรียนให้เป็นผู้ที่มีทักษะการคิด การตัดสินใจ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีวิจารณญาณ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. สร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนรู้นี้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล
2. ประเมินการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้นี้แบบการสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ 1) ค้นหาข้อมูลพื้นฐานโดยการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง (Research-R1: Analysis) 2) ตรวจสอบความเหมาะสมของ (ร่าง) รูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ (Development-D1: Design and Development) 3) การนำไปใช้ (Research-R3: Implementation) เป็นการนำร่างรูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ไปทดลองใช้ และ 4) การปรับปรุงแก้ไข (Development-D2: Evaluation) เป็นการทบทวน และปรับปรุงร่างรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำหลักสูตร จำนวน 2 ท่าน ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความเหมาะสมของ (ร่าง) รูปแบบการโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา จำนวน 1 ท่าน ด้านหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการศึกษาพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน



ขั้นตอนที่ 3 นำร่างรูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ญาณไปทดลองใช้ และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 67 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

1.1 แผนการสอนการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัยที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์

1.2 วิดีทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์เรื่อง Wit

1.3 แบบบันทึกการสะท้อนคิด 4 ขั้นตอน ตามแนวทางการสะท้อนคิด (Reflect Further)⁽⁷⁾ จากการศึกษากรณีศึกษาเรื่อง Wit

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ กำหนดระดับคะแนนพฤติกรรม 3 ระดับ ดังนี้

มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68–5.00 หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดในระดับดีมาก

มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34–3.67 หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดในระดับดีปานกลาง

มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00–2.33 หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดในระดับดีน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity)

แผนการสอนการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์ แบบบันทึกการสะท้อนคิด วิดีทัศน์เรื่อง Wit และความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมการคิดวิจารณ์ญาณ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม



2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมการคิดวิจารณ์ญาณ ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามวัตถุประสงค์ แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์ช (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมการคิดวิจารณ์ญาณ เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (Research-R1: Analysis) เป็นการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำเครื่องมือการวิเคราะห์เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดทำแบบสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง 3) เสนอเครื่องมือการวิเคราะห์เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ 4) ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 5) ศึกษาวิเคราะห์เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเครื่องมือการวิเคราะห์ 6) สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง 5 ท่าน 7) วิเคราะห์ข้อมูล และ 8) จัดทำ (ร่าง) รูปแบบการสอนโดยใช้การสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ญาณการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ญาณ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development-D1: Design and Development) เป็นการพัฒนา (ร่าง) รูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ญาณ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ 1) พัฒนา (ร่าง) รูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ญาณของนักศึกษาพยาบาล 2) นำ (ร่าง) รูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ญาณของนักศึกษาพยาบาล ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความสมเหตุสมผล และความสอดคล้องของร่างรูปแบบ 3) พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้ โดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด แบบบันทึกการสะท้อนคิด แบบประเมินความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ญาณ แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ญาณ และประเด็นการสนทนากลุ่ม และ 4) นำเครื่องมือที่พัฒนาในข้อ 3 ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา



ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ (Research-R3: Implementation) เป็นการนำ (ร่าง) รูปแบบการสอน โดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ ไปทดลองใช้ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ 1) ทดลองใช้ (ร่าง) รูปแบบการสอน โดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 2) จัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 จำนวน 8 ครั้งๆ ละ 3 ชม. รวม 24 ชม. 3) ประเมินความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาลก่อนการเรียนด้วยรูปแบบการสอน โดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล 4) ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการสอนตามแผนการจัดการเรียนการสอนที่กำหนดไว้ โดยให้นักศึกษาจัดทำแบบบันทึกการสะท้อนคิดที่แสดงถึงผลการเรียนรู้ที่ได้และการพัฒนาทักษะทุกครั้งหลังการเรียนรู้ด้วยรูปแบบที่กำหนด 5) ภายหลังการเรียนด้วยรูปแบบการสอน โดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาลทำการประเมินความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล ประเมินคุณลักษณะของผู้ที่มีการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอน โดยการใช้การสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล และ 6) สนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อรูปแบบการสอน โดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Development-D2: Evaluation) เป็นการทบทวน และปรับปรุง (ร่าง) รูปแบบการสอน โดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ ก่อนการนำไปเผยแพร่ โดยการประมวลข้อมูลเพื่อปรับปรุงรายละเอียดของร่างรูปแบบการสอน โดยการใช้การสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) รวบรวมผลการข้อมูลจากขั้นตอนที่ 3 เกี่ยวกับความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ คุณลักษณะของผู้ที่มีการคิดวิจารณ์ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอน และความคิดเห็นเกี่ยวกับต่อรูปแบบการสอน โดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด มาทำการวิเคราะห์ 2) นำผลการประเมิน และวิเคราะห์จากข้อ 1 มาปรับปรุงแก้ไข และ 3) จัดทำรูปแบบการสอน โดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (Research – R1: Analysis) การศึกษาวิเคราะห์เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)



ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development-D1: Design and Development) ตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีของร่างรูปแบบการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ (Research-R3: Implementation) ประเมินความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ และความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean Score and Standard Deviation) และประเด็นการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruency: IOC)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการเสนอโครงการวิจัยพิจารณารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เพื่อให้ข้อเสนอแนะก่อนดำเนินการวิจัย โดยมีเลขที่ พิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 22/2561 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) หลักการเบื้องต้น 2) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ 3) เนื้อหาสาระ 4) กระบวนการจัดการเรียนรู้ 5) การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ โดยดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด 7 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 อธิบายเหตุการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 2 อธิบายความรู้สึกร่วมต่อเหตุการณ์

ขั้นที่ 3 บอกแนวคิด/หลักการ/ความเชื่อที่สนับสนุนการกระทำ

ขั้นที่ 4 เปิดใจรับฟังความคิดเห็น/ทางเลือกที่หลากหลาย

ขั้นที่ 5 จัดลำดับความคิด/หาข้อสรุปรวมอย่างเป็นเหตุเป็นผล

ขั้นที่ 6 นำข้อสรุปที่ได้ไปปฏิบัติ

ขั้นที่ 7 สะท้อนคิดการเรียนรู้/ประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากเดิม



โดยผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล และสื่อประกอบรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี

2. ประเมินการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล

จากการติดตามประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ ผลการประเมิน แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับความ พึงพอใจ
1. มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดชัดเจน	4.16	0.70	มากที่สุด
2. การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมกระบวนการสะท้อนคิดจากเหตุการณ์	4.15	0.71	มากที่สุด
3. การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้นักศึกษากระบวนการคิดวิจารณ์	4.23	0.73	มากที่สุด
4. การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้นักศึกษาฝึกแก้ปัญหาด้วยตนเอง	4.12	0.68	มากที่สุด
5. การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง	4.10	0.75	มากที่สุด
6. การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้นักศึกษาฝึกการคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบ	4.13	0.67	มากที่สุด
7. การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้มีการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหา	4.15	0.65	มากที่สุด
8. การจัดการเรียนการสอนที่ปลูกฝังให้นักศึกษาคำนึงถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มา เป็นข้อมูลอ้างอิง	4.18	0.69	มากที่สุด
9. การจัดการเรียนการสอนที่ปลูกฝังให้นักศึกษาคำนึงถึงการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	4.18	0.67	มากที่สุด
10. การจัดการเรียนการสอนปลูกฝังให้นักศึกษาเกิดพฤติกรรมความคิดอย่างมีวิจารณญาณ	4.12	0.71	มากที่สุด
11. การจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับความถนัดและความสนใจของผู้เรียน	4.19	0.71	มากที่สุด
12. การจัดการเรียนการสอนมีการผสมผสานเนื้อหาสาระความรู้ด้านต่างๆ	4.18	0.69	มากที่สุด
13. การจัดการเรียนการสอนมีการปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงาม	4.15	0.72	มากที่สุด
14. ชิ้นงานที่มอบหมายให้ปฏิบัติเหมาะสมกับเนื้อหาวิชา	4.11	0.69	มากที่สุด
15. วิธีการวัดและประเมินผลมีความหลากหลาย(มากกว่า 3 วิธี) เช่น การทดสอบ การสังเกตพฤติกรรม การเรียน ประพฤติ	4.12	0.68	มากที่สุด
รวม	4.15	0.70	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ อยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.15, SD=0.70) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่บอกการจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้นักศึกษากระบวนการคิดวิจารณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M=4.23, SD=0.73)



สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ 5 องค์ประกอบ ผ่านขั้นตอนการจัดการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด 7 ขั้นตอน และผลการทดลองรูปแบบ พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา การพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา สามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล

กระบวนการสะท้อนคิดมีความสำคัญ และจำเป็นในการส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบไปด้วยขั้นตอน สำคัญ 7 ขั้นตอน คือ 1) อธิบายเหตุการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้น 2) อธิบายความรู้สึกต่อเหตุการณ์ 3) บอกหลักการที่ช่วยสนับสนุนการกระทำ 4) รับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย 5) ลำดับการสะท้อนคิดหรือประสบการณ์ใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม 6) นำข้อสรุปที่ได้ไปปฏิบัติ และ 7) สะท้อนคิดหรือประสบการณ์ใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสะท้อนคิดเป็นกระบวนการที่มีการคิดไตร่ตรอง ใคร่ครวญอย่างลึกซึ้ง และค้นหาคำตอบโดยอาศัย เหตุผลและข้อมูลอ้างอิง ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ เหมาะสมในการส่งเสริมความสามารถด้านการคิดของนักศึกษาพยาบาลเพราะเป็นการกระทำที่ต้องมีการคิดพิจารณา และวิเคราะห์อย่างรอบคอบ และระมัดระวัง คำนึงถึงองค์ประกอบด้านต่างๆ ของปัญหาอย่างรอบคอบ เพราะการสะท้อนคิดเป็นการใช้กระบวนการพินิจพิเคราะห์ ดังคำถามย้อนหลังกลับมายังสถานการณ์ที่เป็นอยู่อย่างครอบคลุมทุกด้าน แยกให้เห็นปัญหาที่เป็นเหตุผลในการปฏิบัติขณะนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่เหมาะสม⁽⁸⁾ นำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงตนเองและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽⁹⁾

รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) หลักการเบื้องต้น 2) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ 3) เนื้อหาสาระ 4) กระบวนการจัดการเรียนรู้ 5) การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ โดยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมีแนวคิดทฤษฎีและผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนา และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำผลการทดลองไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อกำหนดแนวทางในการนำรูปแบบไปปฏิบัติ ทำให้เชื่อได้ว่า



รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ของรูปแบบได้ เพราะเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีการจัดเป็นระบบอย่างสัมพันธ์สอดคล้องกับทฤษฎี/หลักการ การเรียนรู้หรือการสอนที่รูปแบบนั้นยึดถือ และได้รับการพิสูจน์ ทดสอบว่ามีประสิทธิภาพสามารถ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ตามจุดมุ่งหมายของรูปแบบนั้น⁽¹⁰⁾ ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่า รูปแบบ การจัดการเรียนรู้โดยใช้การเรียนการสอนแบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิด วิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล และสื่อการสอนที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมทั้งทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการปฏิรูประบบสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่าด้วยการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยน ค่านิยมในการประกอบวิชาชีพผู้ความเท่าเทียม เป็นธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีคุณธรรม จริยธรรมในการประกอบอาชีพ (พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545, 2545)⁽¹¹⁾ จึงทำให้มั่นใจได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ และตอบสนองความต้องการ ของสังคมและประเทศชาติ และรูปแบบการเรียนการสอนด้วยการฝึกการสะท้อนคิดเป็นวิธีที่ทำให้ ผู้เรียนเกิดทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม พัฒนาให้สอดคล้องกับ สมรรถนะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาล⁽¹²⁾

2. ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริม ความสามารถในการคิดวิเคราะห์

นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความพึงพอใจต่อการจัดการ เรียนรู้โดยการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ อยู่ในระดับมาก (M=4.15, SD=0.70) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่บอกการจัดเรียนการสอนส่งเสริมให้นักศึกษา กระบวนการคิดวิเคราะห์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M=4.23, SD=0.73) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการจัด กิจกรรมการเรียนรู้ตามรูปแบบนั้น ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคและวิธีการสอนโดยให้ผู้เรียนได้ศึกษาสื่อ สถานการณ์ล่วงหน้า ฝึกการถามและตอบคำถามตนเอง การอภิปรายกลุ่มย่อย การประเมินตนเอง และ การเขียนบันทึกการเรียนรู้ทุกครั้งหลังจบการสอน จึงทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการสะท้อนคิด และ สามารถเชื่อมโยงสู่การคิดอย่างมีวิจารณญาณว่าหากเกิดปัญหาในลักษณะใดลักษณะหนึ่งกับตน หรือ คนใกล้ชิด จะสามารถประยุกต์ความรู้ และทักษะไปใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างไร โดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ที่มีมาประกอบการอ้างอิง เพื่อความน่าเชื่อถือมากขึ้น ทั้งนี้วิธีการกระตุ้นให้เกิดการ สะท้อนคิดโดยการเขียนบันทึกเรื่องราวเพื่อสะท้อนคิด การใช้กลุ่มย่อยเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริงในชีวิต และเอื้อให้เกิดประสบการณ์ในการฝึกการสะท้อนคิด⁽¹³⁾ เมื่อพิจารณาจากแต่ละขั้นตอนของกิจกรรมการเรียนรู้จะเห็นว่า ผู้เรียนได้มีโอกาสพัฒนาทั้งความรู้ใน เนื้อหาวิชาและทักษะต่างๆ ได้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทจริงและสามารถนำไปใช้ได้เกิดการพัฒนา



ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) การคิดวิจารณ์ (critical Thinking)⁽¹⁴⁾ และการให้ผู้เรียนได้ฝึกประเมินตนเอง จะช่วยให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง และช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ทั้งในเรื่ององค์ความรู้ ทักษะในการแก้ปัญหา และการคิดวิเคราะห์ ซึ่งการสะท้อนคิดจะได้ผลดีต้องเกิดจากการรับรู้ ความเข้าใจในตนเองเป็นสำคัญ⁽¹⁵⁾ ดังนั้น ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิดจากการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นผลให้ผู้เรียนมีความรู้สึกพึงพอใจในระดับมากที่สุดว่าจะสามารถกระตุ้นความสามารถในการคิดวิจารณ์ของตนเองได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดสามารถพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ควรนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่กำหนดองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การกำหนดหลักการเบื้องต้น วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหาสาระ กระบวนการจัดการเรียนรู้ และการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ ไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะด้านอื่นๆ ของผู้เรียนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการบัณฑิตในศตวรรษที่ 21 ตามลักษณะ 3Rs 8Cs
2. นอกเหนือจากรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ดีมีแล้วในการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะต่างๆ ของผู้เรียน ผู้สอนควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเกิดการเรียนรู้ได้จริง และตรงตามวัตถุประสงค์ของการจัดการศึกษาด้วย รวมทั้งควรใช้สถานการณ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกการคิดวิจารณ์แบบเชื่อมโยงในบริบทที่แตกต่างกัน ในการให้การพยาบาล
3. ในการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานี้จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้กล้าแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง และช่วยให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ โดยการที่ผู้สอนควรบริหารเวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เรียนให้ได้ตามที่กำหนด ในระยะเวลาที่เหมาะสม และควรเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ร่วมสะท้อนความคิดเห็นของตน
4. ในการจัดการเรียนการสอนทุกรูปแบบผู้สอนควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทำการประเมินตนเองภายหลังการสอนทุกครั้ง เพื่อให้ผู้เรียนได้ทบทวนตนเอง และนำผลการทบทวนตนเองไปใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนา หรือปรับปรุงแก้ไข โดยผู้สอนกำหนดหัวข้อการประเมินที่ชัดเจนให้ เช่น จะประเมินอะไร และต้องพัฒนาตนเองอย่างไร และมีการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ และชี้แจงให้ผู้เรียนทราบ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ในการตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ในการเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย ที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2560). แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ; พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.
2. สภาการพยาบาล. (2560). มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. เข้าถึงเมื่อ 2565 จาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Edit\(1\)](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Edit(1))
3. ชูทอง กว้างสวัสดิ์. การสอนคิดวิจารณ์. วารสารราชพฤกษ์ 2561; 16 (3). 1-9.
4. ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และปาริฉัตร อุทัยพันธ์. ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณ์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13 (1). 83-93.
5. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา. (2559). หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559. ยะลา; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา.
6. Armstrong G, Horton-Deutsch S, Sherwood G. (2017). Reflection in clinical contexts: learning collaboration and evaluation. In Horton-Deutsch S, Sherwood GD. (Eds) Reflective Practice: Transforming Education and Improving Outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
7. Driscoll, J.J. (2007). Supported reflective learning: the essence of clinical supervision. Practising Clinical Supervision: A Reflective Approach for Healthcare Professionals. 2nd. London: Bailliere Tindall.
8. Knowles, J. G., Cole, A. L., & Presswood, C. S. (1994). Through preservice teachers' eyes: Exploring field experiences through narrative and inquiry. New York: Merrill.
9. Johns, Christopher (2000). Becoming a Reflective Practitioner. London: BlackwellScience.
10. ทิศนา ขัมมณี. (2553). ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2545). พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. เข้าถึงเมื่อ 2565 จาก <http://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/031.pdf>



12. วจนา สุกนธวัฒน์, สิริอร ช้อยุ่น, ศิริวรรณ วงศ์ประกรณ์กุล, และภาสินี โทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหา ระบบทางเดินปัสสาวะ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14 (3). 140-151.
13. ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ และ วิภาดา คุณาวิฑิตกุล. (2548). การเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
14. มธุรดา บรรจงการ, อัจฉโรบล แสงประเสริฐ, ทมาภรณ์ สุขสรรค์, และสกุลรัตน์ ศิริกุล. (2562). การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน: บทบาทผู้สอน ผู้เรียน และการเรียนรู้. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562;12 (3). 87-92.
15. ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์. (2557). คู่มือแนวการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด (Reflection) 2557. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.



การพัฒนารูปแบบการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

DEVELOPMENT OF INTERMEDIATE CARE FROM HOSPITAL TO COMMUNITY IN HEAITHCARE NETWORK, Roi-Et

Received: February 28, 2022

Revised: June 05, 2022

Accepted: June 06, 2022

วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์^{1*}, รุจิรา จันทร์หอม¹, เสฐียรพงษ์ สิวินา¹

Weerasak Rattanachairit^{1*}, Rujira Chanhorm¹, Satianpong Siwina¹

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีการคงที่ แต่ก็ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรชีวิตประจำวัน ที่ต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 760 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โปรแกรม Nemocare และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกาย โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare 3) โรงพยาบาลลูกข่ายประเมินสภาพผู้ป่วยและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย 4) การติดตาม กำกับ และประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Nemocare และ 5) คืนข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 69.90 และได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือนหรือ Barthel Index (BI) = 20 ร้อยละ 65.40

จากผลการศึกษานี้ ได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติแล้วส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพ, ผู้ป่วยระยะกลาง, เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi - Et Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: teenoi655@hotmail.com



Abstract

Intermediate care patients involved treating patients who were clinically past critical and stable, but there were still some physical abnormalities and limitations in daily activities, which required medical rehabilitation services from a multidisciplinary team continuously from the hospital to the community. This research aims to; to develop and to assess of rehabilitation care for intermediate care patients from a hospital to community of health care network; Roi-Et. It was operated from October 2018-September 2019. This action research study was conducted a multidisciplinary team from 30 people in health care network; Roi-Et and 760 of intermediate care patients. Data were collected using an interview form, Nemocare program and descriptive statistics presented were the frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results; Development of intermediate care for post-acute Patients were consisted of 1) assessment of Barthel Index and body defects by a node hospital 2) Referral and communication of patient information through a Nemocare program 3) Sub-node hospital was assessing the patient's condition and a medical rehabilitation plan according to patient's condition. 4) Monitoring and assessing health status and ability to perform daily activities and record information in Nemocare program; and 5) returning patient information. Of all admissions, 69.90% were improved. With these criteria combined, a total of 65.40% were Barthel index (BI) = 20.

This indicates that a development of intermediate care is appropriate for context and can be put into practice and then results in a better quality of life for target group.

Keywords: Rehabilitation Care, Intermediate Care, Healthcare Network Roi-Et.



บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (INTERMEDIATE CARE) หมายถึง จุดเชื่อมโยงการดูแลที่ลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเปลี่ยนภาวะเป็นพลังของสังคม จากจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องและเชื่อมโยงการบริการ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการ การดูแลสุขภาพระยะกลางเป็นการสร้างความต่อเนื่องของการบริการที่เกี่ยวข้องทั้งข้อมูลและบริการทางการแพทย์ในระยะเฉียบพลันกับบริการดูแลระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขโดยกำหนดเป้าหมายคือ มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน และให้มีแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ได้มีการกำหนดโครงการที่รองรับแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ ระบบบริการดูแลระยะกลาง โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง เริ่มต้นในกลุ่มผู้ป่วย Post-acute Stroke, Post-brain and Spinal Cord Injury มีการจัดทำแผนและดำเนินงานในพื้นที่ การสนับสนุนด้านวิชาการ แผนการวิจัย และการติดตามประเมินผล โดยเริ่มให้มีการดำเนินงานจนขยายขอบเขตการบริการและตอบสนองความต้องการของพื้นที่ จนบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญไม่น้อยกว่าร้อยละ 10.00 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง⁽¹⁾

เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่เครือข่ายชุมชน จากสถิติการร่วมทำการวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 58.42 ของผู้ป่วยทั้งหมด และโรคที่มีการติดตามเยี่ยมในชุมชนมากที่สุด คือโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 52.20 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยระยะกลางพบว่า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากถึงร้อยละ 89.90 ขณะเดียวกันจากการประเมินตนเองและติดตามเยี่ยมเครือข่าย พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การเชื่อมโยงข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่พบว่า ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับ ทั้งในเรื่องจำนวนครั้งของการติดตามเยี่ยมบ้าน ประวัติการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชุมชน จึงประสานงานกับทีมนักกายภาพบำบัดชุมชน ตลอดจนสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อผู้ป่วยแต่ละราย จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ร่วมทำแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด



(เป้าหมายร้อยละ 80.00) ปี พ.ศ.2561-2563 ผลงาน ร้อยละ 89.64, 85.99 และ 90.12 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการติดตามเยี่ยมในชุมชนที่พบภาวะแทรกซ้อน คือ เกิดแผลกดทับ ร้อยละ 2.10, 1.65 และ 0.75 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 5.00) เกิด Pneumonia ร้อยละ NA , 2.64 และ 0.67 (เป้าหมายร้อยละ 5.00) เกิด UTI ร้อยละ NA , 0.66 และ 0.22 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 5.00)⁽²⁾

นอกจากนั้นยังพบว่า ผลการติดตามและประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2563 มีผู้ป่วย Stroke HHC จำนวน 347, 350, 354, 403, 497 และ 581 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 252, 180, 189, 277, 226 และ 313 ราย และ ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 204, 158, 179, 261, 222 และ 309 ราย ตามลำดับ⁽²⁾ โดยมีขั้นตอนการให้บริการเป็นระดับ คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่มที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มีระบบการประสานส่งต่อของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานร่วมกันกับตึก/แผนกต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การดูแลตามแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีการประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาใหม่ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่สถานะสุขภาพที่ดีขึ้น

จากประสบการณ์การดำเนินงานดังกล่าวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ผ่านมาได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่า ยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน และการเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบันมักขึ้นกับความสมัครใจ และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐานจากปรากฏการณ์ดังกล่าว พบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง มีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และไม่ครอบคลุม ทั้งคน เงิน วัสดุสิ่งของ และระบบข้อมูลสารสนเทศ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยระยะกลางที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจำนวนมาก ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ เช่น เกี่ยวกับการศึกษาการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันยังมีจำกัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูได้แก่ สถานะจำหน่าย การวินิจฉัยโรค ความบกพร่อง และโรคร่วม⁽³⁾

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นความสำคัญของวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ดังนั้น ผู้วิจัยและทีมงานจึงได้พัฒนารูปแบบการ



บริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อประเมินผลการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach)⁽⁴⁾ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมานผู้วิจัยได้กำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา beforehand ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัย คือ การตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้นๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนวย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งตามกระบวนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Stringer⁽⁵⁾ และ MacDonald⁽⁶⁾ ดังนี้

ขั้นค้นหา (Look) ประชากรศึกษากลุ่มแรกเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง 2) เป็นผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และ 3) ยินดีและความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยระยะกลางหรือญาติ จำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยระยะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขั้นคิด (Think) และขั้นปฏิบัติการ (Act) ประชากรศึกษาเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ปฏิบัติงานด้านการบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลเครือข่ายและ



กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ปฏิบัติงานด้านการบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลูกข่าย 2) เป็นบุคลากรสหวิชาชีพในระดับผู้ปฏิบัติงาน และ 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน และระบบส่งต่อ เป็นระบบการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยระยะกลางทั้งจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรืออาจส่งผู้ป่วยจากบ้านเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดในเขตสุขภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความปลอดภัย ทั้งในระหว่างส่งต่อและปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทั้งระหว่างส่งต่อและจนถึงปลายทางของโรงพยาบาลให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ดแม่ข่าย และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 19 แห่ง โดยผ่านโปรแกรม Nemocare

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Six building blocks) ของกระทรวงสาธารณสุข 6 ประเด็นได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เพื่อใช้ในการประเมินสถานการณ์ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

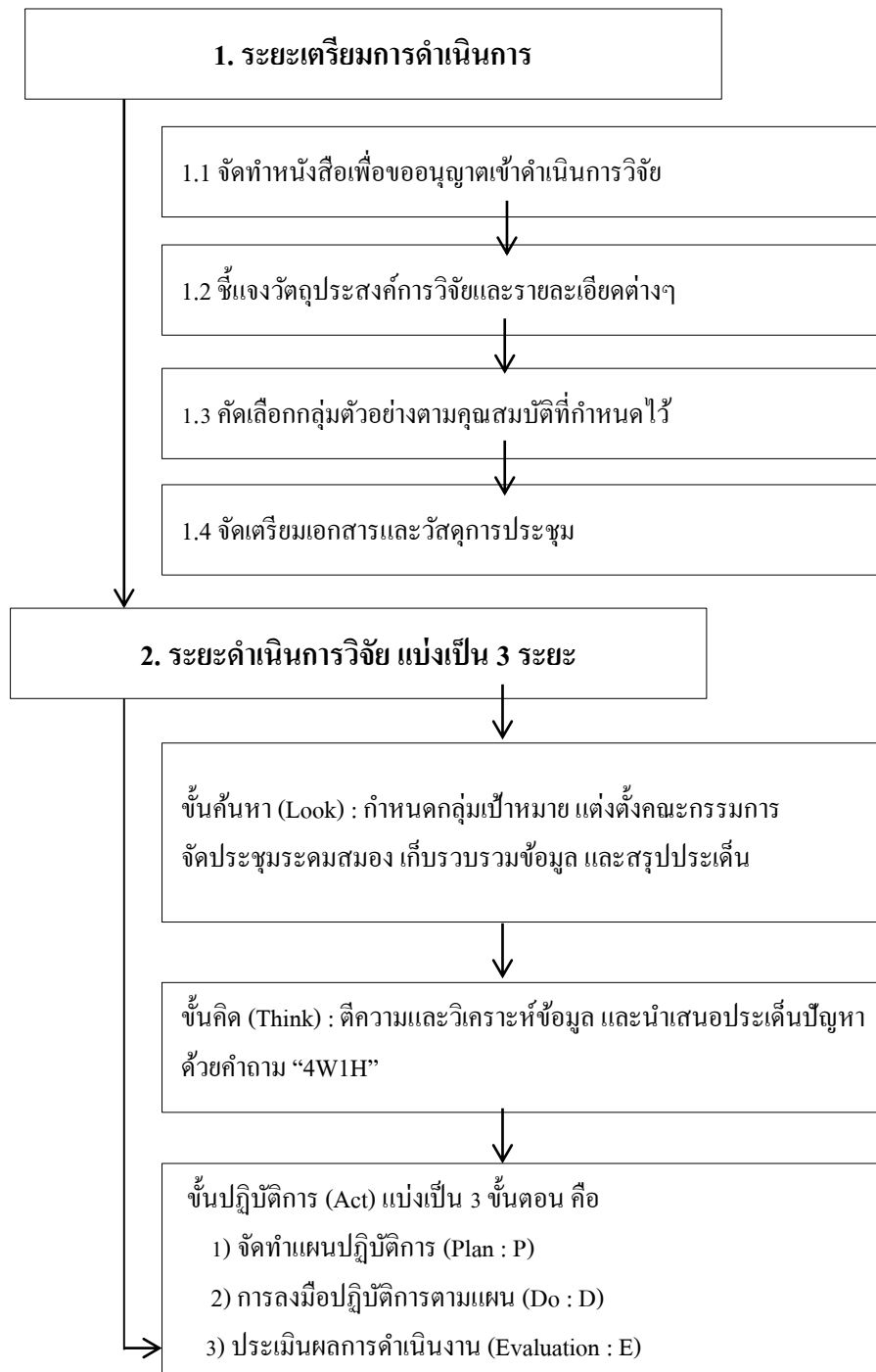
2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการการบริการ และความพร้อมของบริการเพื่อรองรับการกลับสู่บ้านของผู้ป่วยระยะกลาง ที่พัฒนามาจากงานวิจัยของสุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาการศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การสำรวจแบบวันเดียว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟู จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ได้ค่าเท่ากับ 1.00



ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ



แผนภาพขั้นตอนการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วนแล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่างๆ
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Stata 14.0 ประกอบด้วย วิเคราะห์ลักษณะทางประชากร และสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยโดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยตามแบบฟอร์มข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร และเมื่ออาสาสมัคร ทำความเข้าใจเรียบร้อยแล้ว และความยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform consent form) พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือการบริการที่ได้รับ และการเก็บรักษาความลับของข้อมูล ผลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ ผลจากการศึกษานำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาโดยจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 107/2562

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด มีขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในระยะแรก มุ่งเน้นผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองและบาดเจ็บทางไขสันหลัง 5 ขั้นตอน (ARRER Model) ประกอบด้วย 1) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ จะมีการประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกาย เพื่อวางแผนการรักษา โดยทีมสหวิชาชีพ (Barthel health Assessment; A) 2) โรงพยาบาลแม่ข่ายจะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare เพื่อติดตามดูแลและสื่อสารข้อมูลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ Barthel Index < 15 และ Barthel Index $\geq$ 15 ร่วมกับการมี Multiple Impairments (Node Hospital a Referral System on



Nemocare; R) 3) โรงพยาบาลลูกข่าย ประเมินสภาพผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing Care) หรือได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing Care) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางกาย และไม่ต้องการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก คือ ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือน (Rehabilitate by sub-node Hospital ; R) 4) ทีมสหวิชาชีพร่วมกันติดตาม และประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูสภาพในโปรแกรม Nemocare เพื่อให้ทีมสุขภาพได้ใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Monitoring and Evaluation Health Status: E) และ 5) ถิ่นข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความจำเป็น และขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ให้มาตรวจตามนัด ตามกำหนดการฟื้นฟูสภาพ และตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ (Data Retrieval on Visited: R)

2. การประเมินผลการพัฒนา พบว่า

2.1 การส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2562 มีจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดไปยังเครือข่ายสุขภาพ 20 แห่ง จำนวนทั้งหมด 895 คน ไม่พบผู้ป่วยในชุมชน ร้อยละ 2.80 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมในชุมชน ร้อยละ 84.90 และตาย ร้อยละ 11.20

2.2 ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 760 คน มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 69.90 อาการแย่ลง ร้อยละ 13.70 อาการทรงตัว ร้อยละ 27.10 เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 11.50 ได้รับการเยี่ยมบ้านในชุมชน ร้อยละ 13.20 และผู้ป่วยได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า Barthel Index (BI) = 20 ร้อยละ 65.40 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) หลังการพัฒนา

เครือข่ายสุขภาพ	Total cases	อาการผู้ป่วยโดยรวม				ผลการดำเนินงาน BI=20
		Improve	Worse	Stables	Complication	
1. อ.เมืองร้อยเอ็ด	123	98(12.9)	18(2.4)	16(2.1)	10(1.3)	93(12.3)
2. อ.เกษตรวิสัย	50	37(4.9)	9(1.2)	14(1.8)	4(0.5)	24(3.2)
3. อ.ปทุมรัตน์	24	19(2.5)	2(2.3)	3(0.4)	2(0.3)	17(0.2)
4. อ.จตุรพักตรพิมาน	54	28(3.7)	10(1.3)	21(2.8)	4(0.5)	26(3.4)
5. อ.ธวัชบุรี	48	26(3.4)	10(1.3)	20(2.6)	9(1.4)	21(2.8)
6. อ.พนมไพร	27	23(3.0)	3(0.4)	5(0.7)	6(0.8)	19(2.5)
7. อ.โพนทอง	39	31(4.1)	1(0.1)	18(2.4)	3(0.4)	38(5.0)
8. อ.โพธิ์ชัย	8	5(0.1)	1(0.1)	6(0.8)	1(0.1)	8(1.1)
9. อ.หนองพอก	18	11(1.4)	3(0.4)	5(0.7)	2(0.3)	10(1.3)
10. อ.เสลภูมิ	62	49(6.4)	8(1.1)	14(1.8)	8(1.1)	48(6.3)
11. อ.สุวรรณภูมิ	92	72(9.5)	8(1.1)	14(1.8)	2(1.3)	66(8.7)
12. อ.เมืองสรวง	18	13(1.7)	2(0.3)	4(0.5)	3(0.4)	8(1.1)
13. อ.โพนทราย	9	8(1.1)	2(0.3)	1(0.1)	2(0.3)	5(0.7)
14. อ.อาจสามารถ	52	37(4.9)	8(1.1)	9(1.8)	6(0.8)	34(1.5)
15. อ.เมยวดี	9	3(0.4)	2(0.3)	5(0.7)	1(0.1)	4(0.5)
16. อ.ศรีสมเด็จ	24	5(0.7)	0(0.0)	21(2.8)	1(0.1)	22(2.9)
17. อ.จังหาร	31	20(2.6)	6(0.8)	8(1.1)	3(0.4)	15(1.9)
18. อ.เชียงขวัญ	34	19(2.5)	6(0.8)	13(1.7)	7(0.9)	12(1.6)
19. อ.หนองฮี	11	7(0.9)	2(0.3)	3(0.4)	5(0.7)	6(0.8)
20. อ.ทุ่งเขาหลวง	27	20(2.6)	3(0.4)	6(0.8)	8(1.1)	21(2.8)
โดยรวม	760	531(69.9)	104(13.7)	206(27.1)	87(11.5)	497(65.4)

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย (1) การประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกาย โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (2) การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare (3) โรงพยาบาลลูกข่ายประเมินสภาพ



ผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย (4) การติดตาม กำกับและประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Nemocare และ (5) คืนข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้น (Improve) ร้อยละ 69.90 และได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel Index (BI) = 20 ร้อยละ 65.40

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันในโรงพยาบาลสุรินทร์⁽⁷⁾ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจะตอบรับหรือปฏิเสธ แจกแบบสอบถาม และบันทึกการประเมินกิจวัตรประจำวัน น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว จำนวนวันนอนภาวะแทรกซ้อน ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล นักกายภาพบำบัดประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและตรวจประเมินด้านการเคลื่อนไหว เพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายมีการติดตามเยี่ยมบ้านและมารับบริการในหน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟูต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน แจกแผ่นพับและวีดิทัศน์ สื่อสำหรับญาติ และผู้ดูแล เพื่อนำไปทำต่อเนื่องที่บ้านหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และทบทวนความรู้สำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้กำกับและส่งเสริมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด และโทรศัพท์กำกับติดตามทุก 1 เดือน หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 6 เดือน (จำนวน 6 ครั้ง) และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลของญาติหรือผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งความรู้ความเข้าใจในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแลหรือญาติครบ 24 สัปดาห์ และมารับการรักษาต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความรู้ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สอดคล้องกับการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งพบว่า การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เขตสุขภาพที่ 9 ทุกจังหวัดมีนโยบายในการสนับสนุนให้มีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือระบบข้อมูลข่าวสาร มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 92.30 สนับสนุนให้จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รวมไปถึงการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียด แต่มีแนวโน้มที่น่าจะดำเนินการได้ และขยายผลได้เร็วโดยไม่ประสบปัญหาด้านบุคลากรและงบประมาณ⁽⁹⁾



นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในกลุ่มผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี บุคลากรให้การยอมรับนโยบาย และเห็นว่านโยบายมีความเป็นไปได้ในระดับดี ช่วยให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ⁽¹⁰⁾ และมีระบบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ติดตามบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้รวดเร็ว และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจ⁽¹¹⁾

ส่วนผลการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลโพธาราม ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ร้อยละ 95.0⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยเดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอัมพาตเฉพาะท่อนล่าง ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ Barthel ADL index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองตามที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้โปรแกรมได้เป็นอย่างดี⁽¹³⁻¹⁴⁾ และเช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของ Deutsch และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยในมีผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และระบบการเคลื่อนไหวที่ฟื้นตัวดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยในจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในทำนองเดียวกันงานวิจัยที่ได้ศึกษาแบบ Prospective multicenter cohort study ซึ่งพบว่าประสิทธิภาพในการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคเพิ่มขึ้น⁽¹⁶⁾ ซึ่งให้เห็นว่าการให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะกลางแห่งอื่นๆ ในประเทศไทย ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบเข้มข้น ซึ่งเป็นการให้บริการที่พบในรูปแบบผู้ป่วยในเท่านั้น ผู้ป่วยจะมีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ซึ่งได้รับการดูแลรักษาที่เข้มข้นน้อยกว่า และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลความเครียด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในบริการที่ได้รับในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนน การปรับตัวของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โปรแกรมการดูแลสามารถนำมาปรับใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแล และติดตามประเมินความเครียด และการปรับตัวหลังจำหน่าย 1 เดือนอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁷⁾



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ฐานข้อมูลออนไลน์ไม่มีคุณภาพ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรักษา และเป้าหมายที่ตั้งไว้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาและพัฒนาฐานข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

2. ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ดังนั้น ควรพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้กับผู้ดูแลในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง
ข้อเสนอสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ที่ได้มาตรฐานและใช้งานได้จริง
2. ควรถอดบทเรียนหรือศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อต่อยอดและพัฒนาคำแนะนำที่ผ่านมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย: การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พัฒนางานสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2564. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2564.
3. รัชวรรณ สุขเสถียร. การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วย ใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. J Thai Rehabil Med. 2557; 24(2):37-43.
4. องอาจ นัยพัฒน์. การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ; 2551.
5. Stringer ET. Action Research (3rd). 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007.
6. MacDonald, C. Understanding Participatory Action Research: A Qualitative Research Methodology Option. Canadian Journal of Action Research. 2012;13(2):34-50
7. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัด กระทรวงสาธารณสุข การสำรวจแบบวันเดียว. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2555.



8. ปิยาภรณ์ หอมกลิ่น. ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์.วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 2564;8(3):74-82.
9. บุษรินทร์ พูนนอก. รายงานการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care). เขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์); 2563.
10. รัชพร ชื่นกลิ่น, นงนัท รุ่งเนย, นกัธ แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย. การประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อ ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
11. ธนาวรรณ แสนปัญญา, ลักษณ์ ปภินวิชกุล, หัสยาพร อินทยศ, กฤติธิ์ อุดธรรมไชย. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางกลุ่มผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด. วารสาร โรงพยาบาลแพร่. 2564;29(2):15-33.
12. สุกัญญา ขงสว่าง, ธนาวรรณ สีนประเสริฐ, ปราณี เตชรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2558;34(3):236-47.
13. พัทธฉัตร ภูมิสถาน. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนอกและเอวหักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง : กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวช สาร.2563;40(1):173-87.
14. ประธาน ศรีจุลฮาด. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอ ร่องคำจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(3):229-32.
15. Deutsch A, Granger CV, Heinemann AW, Fiedler RC, DeJong G, Kane RL, et al. Poststroke rehabilitation: outcomes and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation programs. Stroke. 2006;37(6):1477-82.
16. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsontiporn C. Rehabilitation service development for sub-acute and non-acute patients under the universal coveragescheme in Thailand. Journal of Health Science. 2015;24(3):493-509.
17. นันทกาญจน์ ปักยี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง, สิทธิรัตน์ ถิลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. Rama Nurs J. 2559;22(1):65-80.



ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์

EFFECT OF DEVELOPMENT ON THE DISTRICT QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT COMMITTEE KALASIN PROVINCE

Received: May 19, 2022

Revised: June 28, 2022

Accepted: June 29, 2022

ธงชัย ปัญญรัตน์^{1*}

Tongchai Panyurat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 1,208 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกการมีส่วนร่วม การดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ F-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีกระบวนการขับเคลื่อนของแต่ละอำเภอตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ได้แก่ การร่วมกันตัดสินใจ บทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ และการตัดสินใจของคณะกรรมการ พบว่า การมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของคณะกรรมการอยู่ในระดับดีมาก และหลังการการใช้รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 Excellence โดยเพิ่มด้านที่ 5 การจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเลิศ (Community Excellence) ขับเคลื่อนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีเป้าประสงค์เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ด้วยวิถีชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบพัฒนา, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: tongchaiphai@gmail.com



Abstract

This research was Action Research aimed to study the effect of development on the district quality of life development committee Kalasin province. Sample size were 1 59 district quality of life development committee and 1,049 sub district quality of life development committee. Data were collected by questionnaire such as intensity, participation, practice and suitability to implementation of guidelines district quality of life development committee and practice and suitability to implementation of guidelines sub district quality of life development committee. Data were analyzed by percentage mean F-test and content analysis.

Result: level of intensity, participation, practice and suitability to implementation of guidelines district quality of life development committee were much level. When compare intensity, participation, practice and suitability to implementation of guidelines district quality of life development committee between districts finding had differences were statistically significant at the 0.05 level. Level of participation and suitability to implementation of guidelines sub - district quality of life development committee were much level. When compare participation and suitability to implementation of guidelines district quality of life development committee between districts finding had differences were statistically significant at the 0.05 level.

Strategic proposal for district health system development in Kalasin Province should perform to the 20-year national strategic plan (Public Health) comprising 4 excellence strategic issues, adding the 5th aspect: Community excellence, driven by the district quality of life development committee. The goal was to make the community self-reliant on health.

Keyword: development model, District Quality Development Committee



บทนำ

สุขภาพของมนุษย์ มีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่างๆ มากมาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมกายภาพ ทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่เกิดจากการพัฒนาและการดำเนินโครงการพัฒนา จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากสุขภาพมิได้ถูกกำหนดโดยระบบบริการสุขภาพ และวิถีชีวิตเท่านั้น แต่เงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านอื่นๆ นอกเหนือด้านสุขภาพที่ประชาชนอาศัยอยู่ เช่นระบบการขนส่ง การจ้างงาน การอยู่อาศัย ฯลฯ ย่อมมีผลต่อสุขภาพเช่นกัน แนวคิดนี้คือปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) ซึ่งหมายถึง ขอบเขตปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ประชากร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือประชากร⁽³⁾

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการ⁽²⁾ โดยหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (unity district health team) (2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดี (5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่⁽⁵⁾

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นผลผลิตที่มีการพัฒนาการควบคู่กับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายในการทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2560 มติของนายกรัฐมนตรีได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการความร่วมมือสร้างเสริมความแข็งแกร่งในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการขับเคลื่อนตามนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และได้มีการถ่ายทอดลงไปยังพื้นที่ เพื่อเกิดการทำงานทิศทางเดียวกันในทุกระดับเป็นเรื่องสำคัญ ต้องอาศัยการดำเนินการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม ในการจัดการปัญหาและปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อมกายภาพ ทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย จากการดำเนินการดังกล่าว ผู้ศึกษา จึงได้ทำการศึกษา ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ให้มีศักยภาพในการรองรับนโยบาย ประสานให้เกิดการ



มีส่วนร่วมของการทำงาน แบบบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการ ให้ดำเนินงานอย่างมีเอกภาพ และประสิทธิภาพ ในระบบสาธารณสุข อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปัจจุบัน
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อกำหนดแผนกลยุทธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย พชอ. 21 คน/อำเภอ จำนวน 18 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 378 คน พชต. ระดับตำบล 15 คน/ตำบล จำนวน 135 ตำบล รวมทั้งสิ้น 1,350 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 9 อำเภอ 159 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) 10 อำเภอ 52 ตำบล จำนวน 1,049 คน ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 จัดเรียงหน่วยสุ่ม (Sampling Unit) คือ รายชื่อ 18 อำเภอ เรียงตามรหัสอำเภอของกระทรวงมหาดไทย

ขั้นที่ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม พชอ. ร้อยละ 30 จาก 18 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 อำเภอ เพื่อให้มีการกระจายและความครอบคลุมพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเพิ่มพื้นที่เป้าหมายเป็น 9 อำเภอ โดยศึกษาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่สมัครใจร่วมกิจกรรม จำนวน 159 คน

ขั้นที่ 3 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม พชต. ร้อยละ 30 จาก 135 ตำบล ได้กลุ่มตัวอย่าง 48 ตำบล เพื่อให้มีการกระจายและความครอบคลุมพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเพิ่มพื้นที่เป้าหมายเป็น 52 ตำบล โดยศึกษาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่สมัครใจร่วมกิจกรรม จำนวน 1,049 คน



2. กลุ่มตัวอย่าง 52 ตำบล จำนวน 1,049 คน อยู่ใน 9 อำเภอ และมีเพิ่มอำเภอห้วยผึ้ง เป็นอำเภอที่ 10 จำนวน 4 ตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์บทบาทและโครงสร้างในการดำเนินงาน ทรัพยากรในการดำเนินงานและกิจกรรมในการดำเนินงาน โดยการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

2. เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม แบ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบประเมินความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ⁽⁴⁾ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดระดับความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบบวัดระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบบวัดการปฏิบัติระดับความเข้าใจอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และแบบประเมินความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 แปลผล มากที่สุด

3.41–4.20 แปลผล มาก

2.61–3.40 แปลผล ปานกลาง

1.81–2.60 แปลผล น้อย

1.00–1.80 แปลผล น้อยที่สุด

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการจัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item - Objective Congruence; IOC) ตั้งแต่ 0.69 – 1.00 ทดลองใช้เครื่องมือในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ไม่ใช่อำเภอเป้าหมายวิจัย จำนวน 35 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) แบบวัด แบบวัดระดับความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบวัดระดับการมีส่วนร่วม



ร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบวัดการปฏิบัติระดับความเข้าใจอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และ แบบประเมินความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลศึกษาสถานการณ์ระดับการบริหารจัดการใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง กับความคิดเห็นแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้สถิติ F-test
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
3. การนำเสนอข้อมูล ใช้การนำเสนอเป็นตาราง และอภิปรายผล การสังเคราะห์ตีความ

ผลการวิจัย

ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปดังนี้

1. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการกำหนดภารกิจ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และบูรณาการความร่วมมือการทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ลงสู่พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ด้วยกลไกภายนอก คือ คณะกรรมการ พชอ. และกลไกภายใน คือ คปสอ. เชื่อมโยงเป็นระบบ มีการประชุม และสรุปรายงานการประชุม คณะกรรมการ พชอ. อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี (รายไตรมาส) กำหนดประเด็นร่วม และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบบูรณาการ ตลอดจนกระบวนการติดตามประเมินผลแบบเชื่อมโยงเสริมพลัง

2. รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถสรุปได้เป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

2.1 การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการภายใต้การตัดสินใจของประธาน

2.2 การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกันตัดสินใจ

2.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ

2.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



3. ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปได้ดังนี้

3.1 ระดับความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก

3.2 ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก

3.3 ระดับการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก

3.4 ระดับความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก

3.5 ความเข้มข้น การมีส่วนร่วม การปฏิบัติตาม และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ อำเภอนามน มีความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) น้อยที่สุด อำเภอนามน และร่องคำ มีการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) น้อยที่สุด

4. ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปได้ดังนี้

4.1 การปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมในงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) อยู่ในระดับมาก

4.2 การประเมินความเหมาะสมต่อการดำเนินงานในพื้นที่ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) อยู่ในระดับมาก

4.3 การเปรียบเทียบ การมีส่วนร่วม และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ระหว่างอำเภอ พบว่า การมีส่วนร่วม และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ระหว่างอำเภอมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ อำเภอสหัสขันธ์และดอนจานมีการปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมในงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานในพื้นที่ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) น้อยที่สุด

4.4 การเปรียบเทียบการปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมในงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระหว่าง พชอ.



และพชต. พบว่า ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พชอ. มีค่ามากกว่า พชต. ทั้งสองตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563 ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) การบริการสุขภาพมีคุณภาพและเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) การบริหารส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยเพื่อให้มีกลไกขับเคลื่อนที่ชัดเจนจึงเสนอให้เพิ่ม 5) การจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเลิศ (Community Excellence) เข้ามาโดยขับเคลื่อนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีเป้าประสงค์เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ด้วยวิถีชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยมีหลายประเด็นที่น่าสนใจสามารถนำมาอภิปรายผลเพิ่มเติมดังนี้

1. จากผลวิจัยที่พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการกำหนดภารกิจโครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และบูรณาการความร่วมมือการทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ลงสู่พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เชื่อมโยงเป็นระบบ มีการประชุม และสรุปรายงานการประชุม คณะกรรมการ พชอ. อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี (รายไตรมาส) กำหนดประเด็นร่วม และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบบูรณาการ ตลอดจนกระบวนการติดตามประเมินผลแบบเชื่อมโยงเสริมพลัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ (2560) ที่ศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการทางสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนระเบียบกฎหมาย มีการสร้าง “น้ำพองโมเดล” เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ มีการบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน มีการสร้างการมีส่วนร่วมให้ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายแนวทางพัฒนาและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีความเหมาะสมและสามารถบูรณาการการทำงานได้อย่างราบรื่น เป็นรูปแบบในการขยายเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เต็มพื้นที่ลงไปในระดับตำบลทุกตำบล บูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน โดยมีคำสั่งอำเภอน้ำพองแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของฤทัย วรรณวินิจ (2560)⁽⁶⁾ ศึกษาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเสนอแนวทาง เพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ศึกษากรณี อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า โครงสร้างการบริหารจัดการที่มีนายอำเภอ เป็น



ประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และควรมีโครงสร้างสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยเลขานุการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ มีทุนทางสังคมที่มีการดำเนินงานตามโครงการกาฬสินธุ์คนดี สุขภาพดี รายได้ดี (กาฬสินธุ์ 3 ดี) มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 ก่อนมีนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยเป็นการบูรณาการการทำงานตั้งแต่โครงสร้าง งบประมาณ ตัวชี้วัด และการบริหารจัดการตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จนถึงหมู่บ้าน จึงมีโครงสร้างคณะทำงาน กลไกการทำงาน และประสบการณ์เดิมที่ทำให้ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ

2. จากผลการวิจัยที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถสรุปได้เป็น 4 รูปแบบ คือ 1) การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการภายใต้การตัดสินใจของประธานเป็นหลัก 2) การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกันตัดสินใจ 3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ และ 4) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งแต่ละรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของชดากร ศิริคุณ และวชิรพงศ์ ภักดีกุล (2557)⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่องการประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่าการคัดเลือกกรรมการเพื่อเป็นโครงสร้างเป็นการคัดเลือกโดยการมีส่วนร่วม ปรับปรุง ยืดหยุ่นให้ไปตามบริบทของอำเภอ เพื่อร่วมทำกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาชุมชน จนเกิดอรรถประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพ และสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ (2560) ศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการทางสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่าด้านโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนตามระเบียบกฎหมาย มีการสร้าง “น้ำพองโมเดล” เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ เป็นรูปแบบในการขยายเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เต็มพื้นที่ลงไปในระดับตำบลทุกตำบล บูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนโดยมีคำสั่งอำเภอน้ำพองแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยังอยู่ในระยะก่อรูปการพัฒนานโยบาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องยังมีความยืดหยุ่นสูง เปิดโอกาสให้อำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านต่างๆ หรือปรับเพิ่มลดจำนวนคณะกรรมการได้ตามความเหมาะสมเพียงให้มีแหล่งที่มีตามกลุ่มต่างๆ ให้ครอบคลุม เป็นไปอย่างมีส่วนร่วม ขอมรับ ให้เกียรติกันและกัน ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญในการร่วมงานเชิงจิตอาสาพัฒนาพื้นที่ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

3. จากผลการวิจัยที่พบว่าผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระดับความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ



ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก ระดับความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ อำเภอนามน มีความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) น้อยที่สุด อำเภอนามนและร้องคำมีการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมยศ ศรีจารนัย (2561)⁽⁷⁾ ศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า บทบาทของ พชอ. ภาพรวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านกายและกายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อยู่ในระดับมาก ส่วนการลดความเหลื่อมล้ำและการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความคิด ปัญญา และวินัย อยู่ในระดับปานกลาง ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำสามารถทำนายผลได้ร้อยละ 28.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01) ทั้งนี้เป็นผลจากมติของที่ประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ เห็นชอบข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน 1 ปี 4 เดือน ประกอบด้วย การออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการความร่วมมือสร้างเสริมความแข็งแกร่งในการแก้ไขปัญหาคอนาชีพของประชาชนระดับพื้นที่ ส่งผลให้มีการส่งมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ลงสู่ระดับพื้นที่ผ่านทั้งกระทรวงมหาดไทยช่องทางผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ และช่องทางกระทรวงสาธารณสุข ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

4. ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เสนอให้มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563 ภายใต้วิสัยทัศน์ ประชาชนชนชาวกาฬสินธุ์ สุขภาพดี มีอายุยืนยาว ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ โดย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์แรกเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค โภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) การบริการสุขภาพมีคุณภาพและเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) การบริหารส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยเพิ่มด้านที่ 5 การจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเลิศ (Community Excellence) ขับเคลื่อนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีเป้าประสงค์เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ด้วยวิถีชุมชนต่อไป



ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ (2560) ศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการทางสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีกลไกการทำงานที่สนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพของอำเภอในทุกๆ ด้าน ด้านโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนตามระเบียบกฎหมาย มีการสร้าง “น้ำพองโมเดล” เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ มีการบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน มีการสร้างการมีส่วนร่วมให้ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายแนวทางพัฒนาและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง วัฒนา นันทะเสน (2557)⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องการประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่าในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตามสภาพปัญหาบริบทในพื้นที่ทั้ง 13 อำเภอ พบว่าการกำหนดแผนงานโครงการบริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การ ดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (one district one project : ODOP) ที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเป็นผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ใช้การบริหารเชิงยุทธศาสตร์แบบทั่วทั้งองค์กร เป็นเครื่องมือในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติมาตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2553 ทำให้บุคลากรในสังกัดในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ ในการเป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่า การปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมตามอำนาจหน้าที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีค่ามากกว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทั้งสองตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ควบคู่กับการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Community Based Learning : CBL

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์พีระ อารีรัตน์ อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.สม นาสอาน อดีตหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ นักวิชาการ



สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานแผนงานและยุทธศาสตร์ระดับ คปสอ. ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทุกอำเภอในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tro.moph.go.th/acm/DHS_Book.pdf
2. กระทรวงมหาดไทย. (2561). การลดความเหลื่อมล้ำในการบริการสุขภาพ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_25602561/PDF/8580s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf
3. เดชรัต สุขกำเนิด. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. วารสารสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ 2545; 10(2), 124.
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2546.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ. กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอมูลนิธิแพथ์ชนบท, 2557.
6. ฤทัย วรรณวินิจ. (2561). แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF/8503s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf
7. สมยศ ศรีจาระนัย. (2561). บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF/8549s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf
8. ชดากร ศิริคุณ และวชิพงษ์ ภักดีกุล. 2557. “การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District health : DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร”. ว.พัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2: 1-11.
9. วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 7(3) พฤศจิกายน 2557-กุมภาพันธ์ 2558:105-113.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของ แพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี

FACTORS RELATED TO PRESCRIBING HERBAL MEDICINES LISTED IN NATIONAL LIST OF ESSENTIAL MEDICINES AMONG HOSPITAL-BASED PHYSICIANS IN PATHUMTHANI PROVINCE

Received: January 30, 2022

Revised: June 27, 2022

Accepted: June 29, 2022

ปวันรัตน์ กิจฉล¹, วิตรี วายูรกุล^{2*}

Pawanrat Kitchalow¹, Wisree Wayurakul^{2*}

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 แต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมาย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันที่ปฏิบัติงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดปทุมธานี ใช้แบบสอบถามออนไลน์ชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร ทศนคติเกี่ยวกับสมุนไพร ความพึงพอใจด้านผลิตภัณฑ์ ระบบโรงพยาบาล และอุปสรรคของการจ่ายยาสมุนไพร วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้ chi-square, Fisher's exact test และ การถดถอยโลจิสติกส์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 105 คน ส่วนใหญ่ทราบว่าสามารถสั่งจ่ายยาสมุนไพรได้ และเคยสั่งจ่ายร้อยละ 75.23 มีความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรอยู่ในระดับดี และร้อยละ 71.43 มีทัศนคติเกี่ยวกับยาสมุนไพรในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ประสบการณ์ใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง (odds ratio = 11.270, 95%CI = 2.838-44.752, p-value 0.001) และความต้องการสั่งจ่ายยาสมุนไพร (odds ratio = 5.397, 95%CI = 1.321-22.051, p-value 0.019) อุปสรรคที่สำคัญที่สุดได้แก่ แพทย์ไม่ทราบขนานยาและสรรพคุณ

กลยุทธ์ส่งเสริมการสั่งจ่ายยาสมุนไพรควรมีการเผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์ของสรรพคุณยาสมุนไพรแก่แพทย์แผนปัจจุบันรวมอยู่ด้วย

คำสำคัญ: การจ่ายยาสมุนไพร, ยาสมุนไพร, ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

¹ โรงพยาบาลบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Bang Sai Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya

² สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

*Corresponding author E-mail: wisree@staff.tu.ac.th



Abstract

There has been promoting strategies to increase the usage of herbal medicines since 2007. Unfortunately, herbal medicines prescription rate has never reached expected target. This cross-sectional analytic study aimed to explore factors that related to prescribing herbal medicines listed in national list of essential medicines among hospital-based physicians currently practice in Pathumthani province. The online Self-answered questionnaire, consisting of demographic data, knowledge about herbal medicines, attitude towards herbal medicine, product satisfaction, hospital system and obstacles of prescribing herbal medicines, were distributed. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, Fisher's exact test and logistic regression analysis.

With a total of 105 respondents, the result revealed that most participants were aware that Ministry of public health of Thailand was expanding the list of herbal medicines in Thailand national list of essential medicines and used to prescribe herbal medicines in national list of essential medicines. A percentage of 75.23 of the participants had high level of knowledge about herbal medicines, while 71.43% had medium attitude towards herbal medicines. The influencing factors were history of self-use (odds ratio = 11.270, 95%CI = 2.838 - 44.752, p-value 0.001) and intention of prescribing herbal medicines (odds ratio = 5.397, 95%CI = 1.321 - 22.051, p-value 0.019). The major obstacles of prescribing herbal medicines in national list of essential medicines was lack of knowledge of herbal medicines administration and their medicinal properties.

The strategy to promote herbal medicines in the National Lists of Essential Medicines should include publicizing evidence-based herbal medicinal properties to modern practicing physicians.

Keywords: Herbal medicine prescription, Herbal medicines, Thailand national list of essential medicines



บทนำ

ยาสมุนไพรในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 หมายถึง ยาที่ได้จากพฤกษชาติ สัตว์ หรือแร่ธาตุ ซึ่งมีได้ผสมปรุงหรือแปรสภาพ⁽¹⁾ แต่ในทางการค้า ยาสมุนไพรมักอยู่ในรูปยาบรรจุเสร็จ เพื่อให้สะดวกและปลอดภัยในการนำไปใช้ ในปัจจุบันยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติปี พ.ศ. 2564 มีทั้งหมด 50 รายการ⁽²⁾

นับตั้งแต่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)⁽³⁾ ประเทศไทยมีนโยบายเพื่อสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรโดยแผนงานพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2550-2554 ว่าด้วยแผนพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ระบุให้มีการจัดองค์ความรู้เรื่องยาไทยและยาสมุนไพรที่มีคุณภาพในการรักษาเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรและมีกลไกการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยรวมถึงมาตรการเร่งรัดการใช้ยาสมุนไพร โดยเพิ่มมูลค่าและปริมาณการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อยร้อยละ 25 ภายใน 5 ปี⁽⁴⁾ แต่จากผลการประเมินแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ว่าด้วยยุทธศาสตร์เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคสุขภาพในการสร้างสุขภาพตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย⁽⁵⁾ อุปสรรคที่สำคัญในด้านการใช้ยาในสถานบริการสุขภาพ คือ โรงพยาบาลยังไม่มีมาตรการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างจริงจัง ทักษะของผู้บริหารและบุคลากรในสถานพยาบาลยังไม่ได้เป็นไปในทิศทางที่ส่งเสริมการสั่งยาสมุนไพร⁽⁶⁾ ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยขอความร่วมมือให้หน่วยงานบริการในสังกัดทุกระดับสั่งจ่ายยาฟ้าทะลายโจร และขมิ้นชัน เป็นยาลำดับแรก

ในปีงบประมาณ 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดระดับประเทศในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของ มีเป้าหมายร้อยละ 6 ของการสั่งจ่ายยาทั้งหมด จากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2562 รอบที่ 1 พบว่า การสั่งจ่ายยาสมุนไพรในภาพรวมของประเทศในสองไตรมาสแรก มีเพียงร้อยละ 5.53 ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดคือ นนทบุรี สระบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา นครนายก อ่างทอง ลพบุรี และสิงห์บุรี มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบันน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่นๆ ในระดับประเทศ โดยการสั่งจ่ายยาสมุนไพรมีเพียง 627,331 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.60 เมื่อเทียบกับการสั่งจ่ายยาแผนปัจจุบันที่มีการสั่งจ่าย 17,446,663 ครั้ง แต่เมื่อพิจารณารายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดปทุมธานีมีอัตราการสั่งจ่ายยาสมุนไพรจากรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ เพิ่มขึ้นมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 39⁽⁷⁾



โดยทั่วไปการให้บริการของสถานพยาบาลภาครัฐนั้นแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้พิจารณาสั่งจ่ายยาเป็นหลัก การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดที่มีอัตราการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของแพทย์ที่ยังลังเลหรือไม่เคยสั่งจ่ายยาสมุนไพรน่าจะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยสนับสนุนร่วมไปกับแนวทางลดอุปสรรคนำไปสู่การพัฒนานโยบายกระตุ้นการสั่งจ่ายยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติให้เพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้ลดอัตราการคือยาปฏิชีวนะ ระบบสุขภาพไทยพึ่งพาตนเองได้ และมีความมั่นคงทางยาเพิ่มขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-section analytic study) โดยทำการเก็บข้อมูลในรูปแบบสอบถามออนไลน์ โดยไม่ระบุตัวตน เก็บข้อมูลระหว่าง 1 มกราคม-29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ แพทย์แผนปัจจุบันที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 178 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรในการคำนวณของ Taro Yamane (1967:886) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 7 ได้เท่ากับ 95 คน⁽⁸⁾ ผู้วิจัยคาดว่าอาจได้แบบสอบถามกลับมาไม่ครบถ้วน จึงปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 เป็น 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ซึ่งทำการปรับปรุงจากแบบสอบถามในงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี” โดยได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจาก คุณณภัทรธัญญ์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์⁽⁹⁾ ผู้พัฒนาแบบสอบถามฉบับดั้งเดิม

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากรและข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน



ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยกำหนดให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของ Uebersax⁽¹⁰⁾ ซึ่งมี 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน), เห็นด้วย (4 คะแนน), ไม่แน่ใจ (3 คะแนน), ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง มีค่า คะแนน $> (\bar{X} + S.D.)$ ระดับปานกลาง มีค่า $(\bar{X} - S.D.) \leq \text{คะแนน} \leq (\bar{X} + S.D.)$ และระดับต่ำ มีค่า คะแนน $< (\bar{X} - S.D.)$

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจผลิตภัณฑ์ จำนวน 17 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยกำหนดให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเหมือนกับส่วนที่ 3

ส่วนที่ 5 ระบบของโรงพยาบาล จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ซึ่งมี 2 คำตอบ ดังนี้ ข้อที่ถูก ถ้าตอบเคยหรือทราบ ให้ 1 คะแนน และข้อที่ถูก ถ้าตอบไม่เคยหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้เกณฑ์การจัดระดับเป็น 3 ระดับ เหมือนกับส่วนที่ 3 และ 4

ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พร้อมทั้งเรียงลำดับมากที่สุดไปน้อยที่สุด และให้ตอบแบบระบุเพิ่มเติมได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาบางส่วนเฉพาะในส่วนแบบทดสอบความรู้ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยวิธี Index of item objective congruence (IOC) คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่านขึ้นไป เป็นมติของการปรับปรุงเครื่องมือ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทำการทดสอบกับกลุ่มแพทย์ผู้ปฏิบัติงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดย ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ หาโดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ KR-20 เท่ากับ 0.62 และส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติ ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจด้านผลิตภัณฑ์ ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านระบบโรงพยาบาล นั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.84, 0.93 และ 0.72 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าความแปรปรวน



การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ทักษะคติ ความพึงพอใจผลิตภัณฑ์และข้อมูลด้านระบบของโรงพยาบาล กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แล้วนำปัจจัยนั้นไปวิเคราะห์ต่อโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 240/2562 รหัสโครงการวิจัย MTU-EC-CF-0-199/62

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย:

แพทย์แผนปัจจุบันที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดปทุมธานี ตอบแบบสอบถามกลับ 105 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.48 และ เพศชายร้อยละ 29.52 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี คือ ร้อยละ 85.72 และอายุมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นแพทย์ทั่วไปมีจำนวนใกล้เคียงกับแพทย์เฉพาะทาง คือ ร้อยละ 57.14 และ ร้อยละ 42.86 ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ อายุรแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.81 โดยกลุ่มใหญ่ที่สุดคือ ทำงานมานาน 3-5 ปี

แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 87.62 เคยสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และ ร้อยละ 4.76 ไม่แน่ใจว่าเคยสั่งจ่ายดังกล่าวหรือไม่ แพทย์ร้อยละ 70.48 เคยใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยตนเอง และร้อยละ 65.72 มีบุคคลในครอบครัวเคยใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ แพทย์ส่วนใหญ่ คือร้อยละ 89.52 มีความต้องการจะสั่งจ่ายยาสมุนไพร

ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่แพทย์เคยสั่งจ่ายมากที่สุด ได้แก่ ยาอมมะแว้ง ร้อยละ 78.10 รองลงมา คือ ยามะขามป้อม ขาขมิ้นชันและยามะขามแขก ร้อยละ 76.19, 72.38 และ 67.62 ตามลำดับ ส่วนยาที่ไม่มีแพทย์ท่านใดเคยสั่งจ่ายเลยคือ ยาขงชุมเห็ดเทศ และยาเหลียงปิดสมุทร

ด้านความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี คือมีผู้ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปร้อยละ 75.23 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดคือ กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้ยาสมุนไพร



ในบัญชียาหลักแห่งชาติสามารถส่งจ่ายได้โดยแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 98.10 รองลงมาคือ ทราบว่า ยาเพชรสังฆาตสามารถรักษาริดสีดวงทวาร และยาฟ้าทะลายโจรสามารถรักษาอาการไข้หวัด เจ็บคอ

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แพทย์ร้อยละ 71.43 มีทัศนคติระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการส่งจ่ายยาสมุนไพร เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งในหัวข้อ การใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ร้อยละ 96.20 รองลงมา คือ แพทย์ควรเสนอทางเลือกในการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้รับบริการ และเชื่อมั่นว่าการรักษาด้วยยาสมุนไพรทำให้บรรเทาอาการจากโรคที่เป็นอยู่ได้ ร้อยละ 78.09 และ 74.29 ตามลำดับ

ด้านความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แพทย์ส่วนใหญ่ให้คะแนนความพึงพอใจผลิตภัณฑ์จัดในระดับปานกลางทุกหัวข้อ หัวข้อที่มีจำนวนแพทย์ให้คะแนนพึงพอใจจัดในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านความปลอดภัยของการใช้ยาสมุนไพร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่แพทย์มีความพึงพอใจมาก หรือมากที่สุด ได้แก่ กระบวนการผลิตเป็นไปตามมาตรฐาน GMP หรือมีการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ร้อยละ 81.91

ด้านระบบของโรงพยาบาล

แพทย์จำนวน 87 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 82.86 ทราบว่า ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาคัดเลือกยาสมุนไพรบางรายการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ รองลงมา คือ ทราบว่า โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร และเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 70.48 และ 56.19 ตามลำดับ

ปัญหาและอุปสรรคในการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ ไม่รู้จักขนานยา และสรรพคุณของยา จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 หรือคิดเป็นร้อยละ 32.10 ของข้อคำตอบทั้งหมด รองลงมา คือ ไม่ทราบแนวทางการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพ รูปแบบยาสมุนไพร ทำให้ใช้ยาและเก็บรักษาให้คงสภาพได้ยาก ระบบการส่งจ่ายยาของโรงพยาบาลมีความยุ่งยากซับซ้อน ร้อยละ 60, 40, 25.71 และ 15.24 ตามลำดับ



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของแพทย์แผนปัจจุบัน ความรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจผลิตภัณฑ์ และระบบโรงพยาบาล กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ปัจจัยต่างๆ		การเคยสั่งจ่ายยาสมุนไพรในใน		p-value
		บัญชียาหลักแห่งชาติ (n=105)		
		เคย	ไม่เคย/ไม่แน่ใจ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ปัจจัยด้านประชากร				
เพศ	ชาย	26 (24.76)	5 (4.76)	0.450 [†]
	หญิง	66 (62.86)	8 (7.62)	
อายุ	20-29 ปี	62 (59.05)	10 (9.52)	0.902 [†]
	30-39 ปี	16 (15.24)	2 (1.91)	
	40 ปีขึ้นไป	14 (13.33)	1 (0.95)	
สาขาเชี่ยวชาญ				
	แพทย์ทั่วไป	54 (51.43)	6 (5.71)	0.392 [†]
	แพทย์เฉพาะทาง	38 (36.19)	7 (6.67)	
ศาสนาพุทธ		87 (82.86)	13 (12.38)	1.000 [†]
	คริสต์	3 (2.86)	0	
	อิสลาม	1 (0.95)	0	
	อื่น ๆ	1 (0.95)	0	
ประสบการณ์การทำงาน				
	น้อยกว่า 10 ปี	77 (73.33)	11 (10.48)	0.071 [†]
	10 ปีขึ้นไป	15 (14.29)	1 (0.95)	
ประสบการณ์ใช้สมุนไพรด้วยตนเอง				
	เคย	71 (67.62)	3 (2.86)	0.000 ^{†*}
	ไม่เคย/ไม่แน่ใจ	21 (20.00)	10 (9.52)	
บุคคลในครอบครัวเคยใช้สมุนไพร				
	เคย	69 (65.72)	0	0.000 ^{†*}
	ไม่เคย/ไม่แน่ใจ	23 (21.90)	13 (12.38)	
ความต้องการสั่งจ่ายยาสมุนไพร				
	ต้องการ	85 (80.95)	9 (8.57)	0.029 ^{†*}
	ไม่ต้องการ	7 (6.67)	4 (3.81)	



ปัจจัยต่างๆ	การเคสจ่ายยาสมุนไพรในใน บัญชียาหลักแห่งชาติ (n=105)		p-value
	เคย	ไม่เคย/ไม่แน่ใจ	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ปัจจัยด้านความรู้			
ระดับดี	71 (67.61)	8 (7.62)	0.056 [†]
ระดับปานกลาง	17 (16.19)	2 (1.91)	
ระดับต่ำ	4 (3.81)	3 (2.86)	
ปัจจัยด้านทัศนคติ			
ระดับสูง	10 (9.52)	3 (2.86)	0.252 [†]
ระดับปานกลาง	68 (64.76)	7 (6.67)	
ระดับต่ำ	14 (13.33)	3 (2.86)	
ความพึงพอใจด้านผลิตภัณฑ์			
ลักษณะผลิตภัณฑ์			
ระดับสูง	16 (15.24)	3 (2.86)	0.045 ^{†*}
ระดับปานกลาง	63 (60.00)	5 (4.76)	
ระดับต่ำ	13 (12.38)	5 (4.76)	
ราคาสมุนไพร			
ระดับสูง	14 (13.33)	3 (2.86)	0.783 [†]
ระดับปานกลาง	69 (65.72)	9 (8.57)	
ระดับต่ำ	9 (8.57)	1 (0.95)	
การจำหน่ายยาสมุนไพร			
ระดับสูง	16 (15.24)	3 (2.86)	0.324 [†]
ระดับปานกลาง	60 (57.14)	6 (5.71)	
ระดับต่ำ	16 (15.24)	4 (3.81)	
การส่งเสริมการขายสมุนไพร			
ระดับสูง	18 (17.14)	4 (3.81)	0.242 [†]
ระดับปานกลาง	57 (54.29)	5 (4.76)	
ระดับต่ำ	17 (16.19)	4 (3.81)	
ประสิทธิภาพ/ผลของยาสมุนไพร			
ระดับสูง	10 (9.52)	3 (2.86)	0.136 [†]
ระดับปานกลาง	76 (72.38)	8 (7.62)	
ระดับต่ำ	6 (5.71)	2 (1.91)	



ปัจจัยต่างๆ	การเคสส่งจ่ายยาสมุนไพรในใน บัญชียาหลักแห่งชาติ (n=105)		p-value
	เคย	ไม่เคย/ไม่แน่ใจ	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพร			
ระดับสูง	26 (24.76)	3 (2.86)	0.778 [†]
ระดับปานกลาง	52 (49.52)	7 (6.67)	
ระดับต่ำ	14 (13.33)	3 (2.86)	
ความพึงพอใจด้านระบบโรงพยาบาล			
ระดับสูง	21 (20.00)	2 (1.91)	0.090 [†]
ระดับปานกลาง	54 (51.43)	5 (4.76)	
ระดับต่ำ	17 (16.19)	6 (5.71)	

[†] chi square [†] Fisher's exact test *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ประสิทธิภาพใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง (p-value = 0.000) บุคคลในครอบครัวเคยใช้ยาสมุนไพร (p-value = 0.000) ความต้องการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (p-value = 0.029) และความพึงพอใจในลักษณะผลิตภัณฑ์ (p-value = 0.045)

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 มาวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ประสิทธิภาพใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง (OR=11.270, 95%CI=2.838-44.752, p-value 0.001) และความต้องการจ่ายยาสมุนไพร (OR=5.397, 95%CI=1.321-22.051, p-value 0.019) แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2 ส่วนปัจจัยเรื่องบุคคลในครอบครัวเคยใช้สมุนไพร ไม่สามารถหาค่า odds ratio ได้

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ปัจจัยที่ศึกษา	OR	95%CI	p-value
ประสิทธิภาพใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง	11.270	2.838 – 44.752	0.001*
ความต้องการส่งจ่ายยาสมุนไพร	5.397	1.321-22.051	0.019*
ความพึงพอใจลักษณะผลิตภัณฑ์	1.708	0.631-4.620	0.292

Logistic regression analysis *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าสามารถส่งจ่ายยาสมุนไพรได้ และเคยส่งจ่าย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ประสิทธิภาพใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง และความถี่ของการส่งจ่ายยาสมุนไพร ส่วนอุปสรรคที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ไม่ทราบขนานยาและสรรพคุณ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์แผนปัจจุบันด้าน เพศ อายุ ศาสนา ประสิทธิภาพการทำงาน สาขาความเชี่ยวชาญ ไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในขณะที่ประสิทธิภาพการใช้สมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของตนเองหรือของบุคคลในครอบครัว ความต้องการส่งจ่ายยา มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะเมื่อมีประสิทธิภาพตรงในการใช้ยาสมุนไพรทั้งของตนเองและบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลให้แพทย์มีความต้องการจ่ายนอกเหนือไปจากได้รับนโยบายกระตุ้นจากภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2553 ของนภัสสรณ์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์⁽⁹⁾ ที่พบว่า เหตุผลที่แพทย์เลือกใช้และส่งจ่ายยาสมุนไพรมากที่สุด คือ มีความเชื่อมั่นในสมุนไพรที่มีรายงานแล้ว รองลงมาคือ แพทย์มีประสบการณ์การใช้ส่วนตัวหรือมีคนในครอบครัวใช้

สำหรับปัจจัยด้านความรู้ นั้น แม้แพทย์เกือบทั้งหมดจะทราบว่า กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้แพทย์แผนปัจจุบันสามารถส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และส่วนใหญ่ได้คะแนนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณของยาสมุนไพรในระดับปานกลางถึงดี แต่กลับพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการศึกษาในข้อนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยของ นภัสสรณ์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์⁽⁹⁾ และงานวิจัยที่ศึกษาในโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ของ คัทลียาภรณ์ ไวไธรัตน์⁽¹¹⁾ ในปี พ.ศ. 2552 รวมทั้งงานวิจัยของอรุณพร อัฐรัตน์⁽¹²⁾ ที่ศึกษาโรงพยาบาลในจังหวัดภาคใต้ของไทย ในปี พ.ศ. 2541 และการศึกษาในปี พ.ศ. 2554 ของคณินค์ โดสงวนและคณะ⁽¹³⁾ ทุกการศึกษาข้างต้นรายงานผลไปในทิศทางเดียวกันว่า หากแพทย์มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับยานั้นๆ โดยเฉพาะถ้ามีรายงานเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องผลิตภัณฑ์จะมีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยา แพทย์ที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้อาจมีการรับรู้สรรพคุณของยาสมุนไพรผ่านการประชาสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ หรือจากนโยบายจากต้นสังกัด หรือจากการบอกเล่า ทำให้ทราบเพียงความรู้เบื้องต้น แต่ยังขาดความรู้ในเชิงลึกในแง่การนำไปใช้ ผลกระทบระยะยาวหรืออันตรายจากยาสมุนไพร ทำให้แพทย์ลังเลในการจ่ายยาสมุนไพร และตัดสินใจเลือกใช้ยาแผนปัจจุบันที่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มากกว่า

ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแม้แพทย์จะเห็นด้วยกับ



ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรในเชิงนโยบาย เช่น เสริมสร้างภูมิปัญญาท้องถิ่น ลดค่าใช้จ่าย และยอมรับว่ายาสมุนไพรช่วยบรรเทาอาการได้ แต่แพทย์แผนปัจจุบันมีความคุ้นเคยกับการใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่า เมื่อต้องตัดสินใจเลือกใช้ยาที่มีแนวโน้มที่จะส่งจ่ายยาที่กำหนดในแนวทางการรักษาโรคอันเป็นมาตรฐานสากล ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับงานวิจัยของนักสรีรชน ฤกษ์เรืองฤทธิ์⁽⁹⁾ และงานวิจัยของจากรัตน์ เพ็ชรสงฆ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ทศนคติที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการตัดสินใจ นอกจากนี้ แม้ว่าแพทย์จะมีความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์ในทุกๆ ด้าน แต่มีเพียงด้านลักษณะผลิตภัณฑ์คือ สมุนไพรมาจากธรรมชาติ มีบรรจุภัณฑ์ทันสมัย พกพาสะดวก ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ ที่สัมพันธ์กับการส่งจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า แพทย์ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของตัวยาและการใช้งานของสมุนไพรที่เลือกส่งจ่าย การศึกษาครั้งนี้ พบว่า แพทย์ค่อนข้างพึงพอใจกับระบบของโรงพยาบาลในด้านที่เอื้อต่อการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยา ในประเด็นนี้เมื่อเทียบกับผลงานวิจัยของคณางค์ โตสงวนและคณะ⁽¹³⁾ เมื่อปี พ.ศ.2554 ซึ่งรายงานว่ กฎเกณฑ์การเบิกจ่ายยาสมุนไพรนั้นยุ่งยาก แสดงให้เห็นว่าแม้ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนระเบียบเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ก็ยังไม่เป็นแรงจูงใจที่มากพอที่จะมีผลให้แพทย์ส่งจ่ายยาสมุนไพร

จากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งจ่ายยา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ประสบการณ์ใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง และความต้องการจ่ายยาสมุนไพรเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาของ นักสรีรชน ฤกษ์เรืองฤทธิ์⁽⁹⁾ น่าจะเป็นเพราะเมื่อแพทย์ได้ใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง และได้รับผลที่น่าพึงพอใจ ร่วมกับไม่พบว่ามีอันตรายรุนแรง จึงทำให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการพิจารณาส่งจ่ายให้กับผู้ป่วย และการตัดสินใจส่งจ่ายยาขึ้นกับความต้องการของตัวแพทย์เองเป็นหลัก สำหรับปัจจัยด้านบุคคลในครอบครัวใช้สมุนไพรนั้น แม้จะไม่สามารถหาค่า odds ratio ได้ แต่จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แพทย์ทุกคนที่มีคนในครอบครัวเคยใช้ยาสมุนไพรเคยจ่ายยาสมุนไพรให้กับผู้รับบริการ

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ ผู้ส่งจ่ายยาไม่รู้จักชื่อยา และสรรพคุณของยา ไม่ทราบแนวทางการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ดของธีราวุฒิ มีชานาญ⁽¹⁵⁾ และการศึกษาของคณางค์ โตสงวน และคณะ⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

หากมีการเผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาสรรพคุณ ผลข้างเคียง และแนวทางการใช้ยาสมุนไพรให้แก่แพทย์แผนปัจจุบัน อาจช่วยลดอุปสรรค และสร้างความมั่นใจให้แก่แพทย์แผนปัจจุบันในการส่งจ่ายยาสมุนไพรมากขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว และสถาน
การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ดร.แพทย์หญิงอติสรา รัตนตะวัน และแพทย์ในจังหวัดปทุมธานี ที่มีส่วนสำคัญให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ไทย.กฎหมาย, พระราชบัญญัติ ฯลฯ. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไข พ.ศ.2562.
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136 ตอนที่ 50 ก ลงวันที่ 16 เมษายน 2562.
2. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2564 ตามประกาศคณะกรรมการ
พัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138 ตอนพิเศษ 165 ง ลงวันที่ 20
กรกฎาคม 2564.
3. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
4. คณะกรรมการการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมปัญหาไท สุขภาพวิถีไท. แผนยุทธศาสตร์ชาติการ
พัฒนากฎมปัญหาไท สุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550-2554. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก;
2552.
5. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11. แผนพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
6. วิชัย โชควิวัฒน์, บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย 2563. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์;
2564.
7. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปี งบประมาณ พ.ศ.2562 รอบที่ 1. ม.ป.ท.; 2562.
8. Isarael GD. Determining sample size. [Internet]. 2003 [cited 2022 Feb 25]; Available from
<https://www.tarleton.edu/academicassessment/documents/samplesize.pdf>
9. นภัสร์ญชน์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์ . ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัด
สุพรรณบุรี. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
10. Uebersax JS. Likert scales: dispelling the confusion. Statistical Methods for Rater Agreement
[internet] . 2006 [cited 2019 Sep 30]; Available from: <http://john-uebersax.com/stat/likert.html>



11. คัทลียากรณ์ ไวโอเร็ด . การประเมินการใช้ยาสมุนไพรและความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้ในโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2552.
12. อรุณพร อัฐรัตน์. ความรู้ ทักษะ ความพร้อมและพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลในจังหวัดภาคใต้ของประเทศ ไทย. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2541.
13. คัทนงค์ โตสงวน , ญัญญา คำผล , มนตร์มณี ถาวรเจริญทรัพย์ , เนติ สุขสมบูรณ์ , วันทนีย์ กุลเพ็ง , ศรีเพ็ญ ดันดิเวสส และคณะ . ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพรและนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5(4):513-21.
14. จารุรัตน์ เพ็ชรสงฆ์ . ปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายยาจากสมุนไพรของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย; 2544.
15. วีราวุฒิ มีชำนาญ . การประเมินการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนไทยของสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารเภสัชกรรมไทย 2558;2:167-77.



ผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Effect of Yoga Asana Program on Flatulence in Young Old People
at Nachuak Hospital, Nachuak District, Mahasarakham Province

Received: February 22, 2022

Revised: June 29, 2022

Accepted: June 30, 2022

ศุภนิดา ทองดวง^{1*}, สันติสิทธิ์ เขียวเงิน¹, พัดชา หิรัญวัฒนกุล¹

Supanida Thongduang^{1*}, Santisith Khiewkhern¹, Phatcha Hirunwatthanakul¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 37 ราย และกลุ่มควบคุม 43 ราย กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมโยคะอาสนะ ร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนัก และกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการนวดแบบราชสำนัก เก็บข้อมูลจากแบบประเมินอาการท้องอืดก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมโยคะอาสนะ ด้วย Paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้สึกท้องอืดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้น โปรแกรมโยคะอาสนะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เพิ่มการนวดกระตุ้นช่องท้อง ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดี และบรรเทาอาการท้องอืดได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุวัยต้น, โยคะอาสนะ, อาการท้องอืด

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: 62011480009@msu.ac.th



Abstract

An experimental study aimed to examine the effects of the Yoga asana program on flatulence in young-elderly persons at Nachuak Hospital, Nachuak District, Mahasarakham Province. This study ran from January 2021 to October 2021. The sample was separated into two groups, 37 patients were in experimental groups and 43 patients were in control groups. The experimental group received a yoga asana program with usual royal massage therapy and the control group received only the usual royal massage therapy. The data was collected from the pre and post flatulence assessment form and questionnaires. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation statistics. Paired sample t-test and independent-sample t-test were used to detect the effect of the yoga asana program.

The results after the trials showed that the experimental group had statistically significant to decrease in flatulence or abdominal discomfort $p < 0.05$. In addition, after the trial, the experimental group had a statistically significant reduction in flatulence than the control group $p < 0.05$. The yoga asana program can increase muscle flexibility and massage to stimulate the stomach to stimulate bowel movements to work better. The health promotion approaches should be included the yoga asana in the morning for the body flexibility and bowel movement in the young-old people.

Keywords: Young old people, Yoga asana, Flatulence



บทนำ

ตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยร่างกายประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีธาตุเด่นเป็นธาตุประจำตัว คือ “ธาตุเจ้าเรือน” หมายถึง องค์ประกอบของธาตุทั้ง 4 ที่มีการรวมกันอย่างปกติแต่จะมีธาตุอย่างใดอย่างหนึ่งเด่น หรือมากกว่าธาตุอื่นๆ ซึ่งจะ เป็นบุคลิกลักษณะและอุปนิสัยติดตัวมาตั้งแต่แรกเกิด หากร่างกายเกิดภาวะเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4 บุคคลนั้นจะมีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้น⁽¹⁾ ภาวะเสียสมดุลที่กล่าวมาส่งผลต่อการเกิดโรคและการเจ็บป่วย ดังนั้น การวิเคราะห์โรคทางการแพทย์แผนไทย จึงประกอบด้วย ธาตุสมุฏฐาน อุดสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน หรือพฤติกรรม⁽²⁾ ซึ่งในเรื่องของอายุสมุฏฐานเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญ ซึ่งอายุสมุฏฐานแปลว่าอายุเป็นที่ตั้งของการเกิดโรค แบ่งเป็น 3 ช่วงวัย คือ ปฐมวัย มัชฌิมวัย และปัจฉิมวัย ซึ่งปัจฉิมวัย คืออายุตั้งแต่ 32 ปี ไปจนถึงอายุขัย ธาตุลมเป็นเจ้าเรือน ถ้าจะให้โทษก็มีกำลังกว่าสมุฏฐานทั้งหลาย⁽³⁾ ซึ่งปัจฉิมวัย อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุ รวมด้วยจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญที่สุดในปัจจุบัน คือ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง ประชากรมีอายุยืนขึ้น⁽⁴⁾ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี⁽⁵⁾ ทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก⁽⁴⁾ จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมาก ร้อยละ 16.04 จากประชากรทั้งหมด และพบว่า จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นลำดับที่ 23 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 17.06 จากประชากรทั้งหมด⁽⁶⁾ และจากข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจุบันจังหวัดมหาสารคาม ทั้งหมด 12 อำเภอ มีจำนวนผู้สูงอายุ 144,795 คน และอำเภอนาเชือกมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นลำดับที่ 8 ของจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 8,724 คน และคาดว่าผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น การดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรค รักษาเยียวยาให้โรคนั้นบรรเทาลง และเพื่อให้สุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้น

จากการศึกษาพบว่า โรคระบบทางเดินอาหารเป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุเป็นลำดับที่ 4 ของกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุด⁽⁷⁾ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย ปัญหาเรื่องฟัน สูญเสียฟัน ฟันสึกกร่อน ปัญหาเรื่องคอ การทำงานของลำคอไม่ดีทำให้กลืนอาหารลำบาก⁽⁸⁾ และปัญหาการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร กระเพาะ และลำไส้ลดลง กล้ามเนื้อหูรูดในทางเดินอาหารมีการหย่อน ปิดไม่สนิท เซลล์บริเวณทางเดินอาหารลดลง รวมทั้งน้ำย่อยในทางเดินอาหารหลังออกมาลดลง ทำให้การย่อยอาหารลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้รู้สึกอึดแน่นหลังการรับประทานอาหาร เข้าไปเพียงเล็กน้อย สำหรับอาหารที่ย่อยไม่ได้จะเกิดการสะสมในลำไส้ ทำให้เกิดอาการท้องอืด



มีแก๊ส แนนจุกเสียด รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาท้องผูกร่วมด้วย⁽⁹⁾ จากการศึกษาพบว่า โรคระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก โดยแต่ละปีมีประชากรโลกพบว่า มีความชุกของกลุ่มอาการไม่สบายท้องหรือท้องอืดหรืออาหารไม่ย่อย ที่ยังไม่ได้ค้นหาสาเหตุ ร้อยละ 7-45 ในประเทศไทยพบ ความชุกของกลุ่มอาการไม่สบายท้องหรือท้องอืดหรืออาหารไม่ย่อย มากกว่าร้อยละ 50 ดังนั้น อาการท้องอืดเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุด้วยกัน ทั้งจากยา อาหารบางอย่าง โรคในระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบอื่นๆ ของร่างกาย ประมาณร้อยละ 20-40 ของประชากร สามารถมีอาการของท้องอืดได้เป็นครั้งคราวในเวลา 1 ปี ในต่างประเทศผู้ป่วยท้องอืด สามารถตรวจพบสาเหตุของอาการได้ แต่มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยจะหาสาเหตุของอาการไม่พบ มักมีอาการเป็นๆ หายๆ เรื้อรัง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานลดลง⁽¹⁰⁾ หมายถึง กลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งมีลักษณะอาการที่สำคัญ คือ มีอาการปวด หรืออึดอัดไม่สบายท้องที่บริเวณกลางท้องส่วนบน โดยอาการมักจะสัมพันธ์กับอาการอื่นๆ ของทางเดินอาหารส่วนบน เช่น อาการแน่นท้อง อิ่มง่ายกว่าปกติ อืดท้อง มีลมในท้อง เรอบ่อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้น จึงไม่ใช่โรคแต่เป็นกลุ่มอาการที่สามารถเกิดจากสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น แผลในกระเพาะอาหาร กรดไหลย้อน หลอดอาหารอักเสบ เป็นต้น⁽¹²⁾

ทางการแพทย์แผนไทยไม่ได้กล่าวถึงอาการท้องอืดโดยตรง อาการท้องอืดเป็นอาการที่บ่งบอกว่ามีธาตุลม โดยเฉพาะลมโกฐฐาสาพาตพิการ (กำเริบ) อาการที่พบโดยทั่วไปคือ ปวดท้อง จุกเสียด แน่นเพื่อ จุกอก พะอืดพะอม อาจมีเรอหรือผายลมบ่อย หากเรอหรือผายลมไม่ออก ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดและไม่สบายท้องมากยิ่งขึ้น เหตุที่ทำให้ธาตุลมกำเริบหรือพิการ มักเป็นผลจากภาวะธาตุทั้ง 4 เสียสมดุล ส่งผลให้ธาตุลมกำเริบมากขึ้นเกิดอาการท้องอืดจากพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารใหม่ๆ (อุทริย) หากเป็นอาหารประเภทที่ย่อยยาก หรือไม่ย่อย อันเนื่องมาจากไฟบริณามัคคี (ไฟย่อยอาหาร) มีกำลังไม่พอ ทำให้ธาตุลมกำเริบขึ้นจึงทำให้เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ หรือในทางแพทย์แผนไทยวินิจฉัยระบบรหัสกลุ่มโรค ICD10-TM ของโรคและอาการอื่นๆ ในท้องทางแพทย์แผนไทย รหัส U66.80 ท้องอืด หมายถึง อาการมีลมในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ทำให้จุกเสียดแน่นอึดอัดหรือไม่สบายในช่องท้อง และอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้มีอาการท้องอืดมักเกิดจากอารมณ์ ผู้ที่มีความขัดแย้งทางอารมณ์ เช่น โกรธ วิดกกังวล และเครียด เป็นต้น พบว่าส่งผลทำให้หลอดเลือดในทางเดินอาหารหดตัว เกิดการลดปริมาณเลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีกระบวนการย่อยอาหารทำงานลดลง และอายุ ในผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีปัญหาในการย่อยอาหาร การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง จึงทำให้ลดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ จึงมีโอกาสเกิดอาการท้องอืดสูงขึ้น และสาเหตุปัจจัยที่ทำให้มีภาวะท้องอืดดังกล่าวนี้ พบว่า จะมีการหลั่งสารในร่างกายทำให้ระบบประสาททำงานมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดในทางเดินอาหารหดตัว ลดปริมาณเลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารทำให้มีการทำงานระบบย่อยอาหารทำงานลดลง จึงทำให้มีอาการ



ท้องอืดเกิดขึ้น⁽¹³⁾ ดังนั้น การดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับโรคในระบบทางเดินอาหารจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลและปฏิบัติอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคและรักษาเยียวยาให้โรคนั้นบรรเทาลง เมื่อร่างกายแข็งแรงย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตดีร่วม ตามวัตถุประสงค์ของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขที่ว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและส่งเสริมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเองครอบครัวและชุมชน

จากสถานการณ์คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการมากกว่าร้อยละ 40 มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ โดยมีแนวทางการบำบัดอาการท้องอืด ได้แก่ การจัดการอาการท้องอืดโดยใช้ยา เช่น การใช้ยาขับลม การใช้ยาลดกรด การใช้ยาระบาย ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาแผนไทย ซึ่งการใช้ยาดังกล่าวนั้นมีข้อควรระวังและเกิดผลข้างเคียงเป็นอย่างมากในผู้สูงอายุ และการจัดการอาการท้องอืดโดยไม่ใช้ยา⁽¹⁴⁾ เช่น การให้ลูกเดิน การนวดรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทำกายบริหาร และทำโยคะ เพื่อสามารถนำมาปฏิบัติเสริมสร้างสุขภาพกาย สุขภาพจิตให้แข็งแรง และบรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อได้ โยคะเป็นแนวทางหนึ่งที่เป็นที่นิยมด้านการบริหารร่างกาย และการบำบัดทางแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นการวิธปฏิบัติทางด้านจิตใจ ร่างกาย และวิญญาณเข้าด้วยกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โยคะอาสนะส่งผลดีต่อระบบย่อยอาหาร และทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น ดังนั้น โยคะจึงสามารถบำบัดได้ดีที่สุดเกี่ยวกับปัญหาของระบบย่อยอาหาร⁽¹⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการท้องอืดนั้นเกิดจากกล้ามเนื้อหน้าท้องที่แข็งแรงหรืออ่อนแอเกินไปและโยคะอาสนะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงตลอดจนเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และช่วยในการกหนดอวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้องให้มีประสิทธิภาพ เพราะช่วยเพิ่มการยืด-หดกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นให้กับกล้ามเนื้อ ทำที่มีประโยชน์ต่อระบบย่อยอาหาร มีดังนี้ ท่ากู ท่าตักแตน และท่าธนู เป็นต้น การเหยียดกล้ามเนื้อหน้าท้องและเป็นการหดกล้ามเนื้อหลัง ท่าบิดสันหลัง ท่าขับลม ช่วยยืด หด กล้ามเนื้อข้างลำตัวของช่องท้อง ซึ่งการฝึกอาสนะดังกล่าวทำให้การนวดตามธรรมชาติเกิดขึ้นอย่างเต็มประสิทธิภาพ และยังเป็นการตรึงให้อวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้องอยู่ตามตำแหน่งของร่างกาย ทำให้ระบบย่อยอาหารและระบบดูดซึมสารอาหารได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์⁽¹⁶⁾

ทั้งนี้เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีการนำท่าโยคะอาสนะ 5 ท่า ที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ท่าขับลม ท่าบิดเอว ท่าตักแตน ท่าธนู และท่ากู ร่วมกับการนวด ซึ่งเป็นการให้บริการตามปกติ โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดอาการท้องอืดในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม นอกจากนั้นท่าโยคะทั้ง 5 ท่า มีความคล้ายคลึงกับ



ทำโยคะ 16 ทำสำหรับดูแลผู้สูงอายุ แต่แตกต่างกันที่ท่าโยคะ 16 ทำสำหรับผู้สูงอายุ มีจำนวนท่าค่อนข้างมาก และยากต่อการจดจำของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ลดท่าโยคะลงและลดท่าที่คล้ายกัน ออก จัดเรียงลำดับใหม่เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของท่วงท่า จะได้ง่ายต่อการจดจำและนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อบรรเทาอาการท้องอืด และเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในผู้สูงอายุวัยต้น เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุวัยต้นที่มีอาการท้องอืดรวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี ที่มีการประเมินว่ามีอาการท้องอืด และได้รับการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าไม่มีสัญญาณอาการเตือนว่าเกิดโรคร้ายแรง เข้ารับการรักษาในเขตพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 603 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุวัยต้น ในเขตพื้นที่อำเภอนาเชือก โดยวิธีการการสุ่มคัดเลือกอย่างไม่เป็นอคติ (randomization) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการท้องอืดที่ได้รับการประเมินอาการท้องอืด จากการวินิจฉัยทางแพทย์แผนไทย ICD10 รหัสโรค U66.80 ท้องอืด ที่ไม่มีสัญญาณอาการเตือนว่าเกิดโรคร้ายแรง จำนวน 80 คน โดยมีการจัดการโดยแบ่งเขตพื้นที่ทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในพื้นที่เขตตำบลที่ห่างไกลกันและนัดติดตามการรักษาโดยแยกห้องรับบริการชัดเจน และนัดติดตามกลุ่มตัวอย่างโดยให้วันและเวลาในการเข้ารับการรักษาไม่ตรงกัน

ผู้สูงอายุวัยต้นที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 80 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอาการท้องอืด โดยประเมินจากแบบประเมินอาการท้องอืดของ Linda Rabeneck⁽¹⁷⁾ รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ท้องอืดชนิดรุนแรงที่มีความอันตราย เช่น มีอาการปวดเป็นระยะเวลานาน ขยับตัวมีเลือดปน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด, หลังการผ่าตัดช่องท้องมาภายใน 6 เดือนแรก, มีโรคประจำตัวในระหว่างทำ



การวิจัย, ผู้ป่วยโรคไตได้อักเสบเรื้อรัง, ผู้ป่วยโรคไต หรือโรคเรื้อรัง และขาดติดตามอาการหรือขาดการรักษาต่อเนื่อง 2 ครั้งขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพส่วนบุคคลจำนวน 16 ข้อ

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ส่วนตัวต่อเดือน

2) ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

3) ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย สัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต วัดไข้ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการมีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย (BMI) และแบบประเมินความเครียด ST-5⁽¹⁸⁾ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก มีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน โดยคะแนนกำหนดดังนี้ 0-4 คะแนน (เครียดน้อย), 5-7 คะแนน (เครียดปานกลาง), 8-9 คะแนน (เครียดมาก) และ 10-15 คะแนน (เครียดมากที่สุด)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกท้องอืดหรืออาการไม่สบายท้อง⁽¹⁷⁾ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา อาการไม่สบายท้อง (หรือปวดท้อง) โดยเฉลี่ยของคุณ ปวดรุนแรงแค่ไหน แบบมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) โดยคะแนนความรู้สึกท้องอืดดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกท้องอืด, 1-3 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกท้องอืดเล็กน้อย, 4-6 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกท้องอืดปานกลาง, 7-9 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกท้องอืดมาก และ 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกท้องอืดมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ กลุ่มทดลองได้รับการนัดไทยแบบราชสำนักร่วมกับโปรแกรมโยคะอาสนะ และกลุ่มควบคุมได้รับการนัดไทยแบบราชสำนักตามปกติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-4 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รูปแบบการเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มทดลองได้รับการนัดไทยแบบราชสำนัก และสาธิตท่าโยคะอาสนะ และฝึกปฏิบัติโยคะอาสนะ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และนำท่าโยคะอาสนะไปปฏิบัติที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รับคำแนะนำทางแพทย์แผนไทยในการดูแลอาการท้องอืด และกลุ่มควบคุม ได้รับการนัดไทยแบบราชสำนัก และรับคำแนะนำทางแพทย์แผนไทยในการดูแลอาการท้องอืด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และนัดติดตามอาการ 1 ครั้ง/สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5-8 กลุ่มทดลอง ปฏิบัติโยคะอาสนะเองที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และกลุ่มควบคุมปฏิบัติตัวตามปกติ ตามคำแนะนำทางแพทย์แผนไทยในการดูแลอาการท้องอืด และนัดติดตาม



อาการ 1 ครั้ง/สัปดาห์ บันทึกผลการทดลอง และสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นการสัมภาษณ์ที่ไม่กำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้า โดยการสัมภาษณ์ที่เปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้อธิบายตามความพึงพอใจของตน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยหลังจากการทดลองใช้เครื่องมือและนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่าผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาตรวจความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: content validity index) โดยมีค่า CVI 0.75 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในส่วนที่เป็นแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ที่ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistics package for the social science) ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการท้องอืด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังนี้
 - 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นก่อนและหลังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired-samples t-test
 - 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม และ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 097-067/2564 วันที่รับรอง 19 มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 18 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีจำนวน 80 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 43 ราย และกลุ่มทดลอง 37 ราย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 88.37 อายุเฉลี่ย 63.02 ปี ร้อยละ 67.77 ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 (ระหว่าง 23-24.90) ร้อยละ 65.12 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 44.19



ร้อยละ 60.46 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 97.67 มีอาชีพเกษตรกรรมทั้งหมด ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน และทำงานต่อเนื่องน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อนประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 74.42 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราเลย ร้อยละ 90.69 ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง ร้อยละ 46.51 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.37 รองลงมา มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.30 โรคประจำตัวเบาหวาน ร้อยละ 2.33 เริ่มมีอาการท้องอืดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ร้อยละ 53.49 และเริ่มมีอาการท้องอืด 6 เดือนถึง 1 ปี ร้อยละ 46.51

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.89 อายุเฉลี่ย 63.32 ปี ร้อยละ 72.97 คำนวณมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 (ระหว่าง 23-24.90) ร้อยละ 67.57 พักอาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 45.95 มีสถานภาพคู่เท่ากันกับสถานภาพหม้าย ร้อยละ 45.94 ทั้งคู่ ทุกคนมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน และทำงานต่อเนื่องน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อนประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 54.05 ไม่ดื่มสุราเลย ร้อยละ 94.59 ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ร้อยละ 100 ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง ร้อยละ 46.51 ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 45.95 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.78 รองลงมา มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.11 โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.41 โรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 2.70 ส่วนใหญ่มีอาการท้องอืดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ร้อยละ 51.35

อาการหรือความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 81.39 รองลงมา ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 18.61 ในส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 70.27 รองลงมา มีระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 29.73

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการท้องอืดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหรืออาการไม่สบายท้องหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหรืออาการไม่สบายท้องหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม (n=43) และกลุ่มทดลอง (n=37)

	คะแนนอาการท้องอืด				Mean difference	95%CI	t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง					
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
กลุ่มควบคุม (n=43)	4.83	0.99	3.93	1.09	0.13	0.63-1.18	6.64	<0.001*
กลุ่มทดลอง (n=37)	5.16	1.04	1.05	0.40	0.14	3.81-4.39	28.55	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระหว่างกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test

	คะแนนอาการท้องอืด				Mean difference	95%CI	t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง					
	(n=43)		(n=37)					
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
ก่อนทดลอง	4.83	0.99	5.16	1.09	0.33	(-0.19)-0.83	1.29	<0.205
หลังทดลอง	3.93	1.04	1.05	0.40	1.12	(-3.22)-(-2.46)	-15.10	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองภายใน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



ดังนั้น ผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีผลต่อการลดอาการท้องอืด และมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เพิ่มเติมจากการรักษาตามปกติ เนื่องจากโยคะอาสนะมีส่วนในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและกระตุ้นการทำงานของลำไส้ให้ทำงานได้ดีขึ้น ทำให้อาการท้องอืดลดลง และส่งเสริมการขับถ่ายได้ดียิ่งขึ้นตามมา และจากผลการศึกษาพบว่า เมื่อทำโยคะอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง สามารถบรรเทาอาการท้องอืดได้เมื่อทำต่อเนื่อง 8 สัปดาห์

อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์ คือ ภายหลังการให้โปรแกรมโยคะอาสนะ พบว่า ผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในผู้สูงอายุวัยต้นของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสรุปผลได้ดังนี้

ผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม พบว่า กลไกของท่าโยคะอาสนะที่มีผลระบบย่อยและการดูดซึมอาหาร โดยการปฏิบัติโยคะอาสนะทำให้มีการกหนดอวัยวะภายในช่องท้อง ช่องทรวงอก และศีรษะ การกหนดอวัยวะภายในมีแนวโน้มที่จะทำให้กลไกการทำงานของอวัยวะของระบบต่างๆ ทำงานได้ดี ทำงานได้ปกติ เช่น การกหนดท้องน้อยของท่าตั๊กแตนที่เอื้อต่อการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ ที่ส่งผลต่อระบบย่อยอาหาร ท้องอืด และขับถ่ายของผู้ปฏิบัติดีขึ้น ช่วยให้อาหารย่อยง่ายขึ้น ท้องแข็งแรง ระบบย่อยอาหารดีขึ้น อวัยวะในช่องท้องวางตัวในตำแหน่งที่ถูกต้องทำให้การขจัดของเสียทำงานได้เป็นอย่างดีและผ่อนคลายความกังวลจากอาการป่วยได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ กลิ่นชบา สุวรรณรงค์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่นำโยคะมาปฏิบัติในการกระตุ้นระบบย่อยอาหาร ลดอาการซึมเศร้าได้ และจากการประเมินโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีผลต่อการลดอาการท้องอืด เมื่อจากการประเมินความรู้สึกท้องอืดหรือไม่สบายท้องลดลง ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบประเมิน SODA มาเป็นเครื่องมือในการประเมินอาการ แม้ว่าจะไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงทดลองที่แน่ชัด แต่ผลการทดลองได้สรุปได้ว่าผลของโปรแกรมโยคะอาสนะมีอาการท้องอืดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับงานวิจัย ของ Dharmesh Kaswala⁽²⁰⁾ ที่พูดถึงว่าโยคะสามารถรักษาโรคกรดไหลย้อน พบว่า การฝึกโยคะร่วมกับการใช้ยาจะช่วยให้การควบคุมและบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบทางเดินอาหารได้ แต่ในงานวิจัยที่ศึกษาครั้งนี้ไม่ให้มีการใช้ยาในการเข้าโปรแกรม และเมื่อพิจารณาระดับอาการอื่นๆ ที่ไม่ใช่เพียงอาการท้องอืดหรือไม่สบายท้อง ยังพบอีกว่าโยคะอาสนะช่วยให้อาหารย่อยง่ายขึ้น ท้องแข็งแรง ระบบการขับถ่ายและระบบย่อยอาหารทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sneha A. Tayade and Vaishali D. Bhosale⁽¹⁵⁾ ที่พูดถึงประโยชน์ของ



การศึกษาผลของโยคะอาสนะต่อระบบย่อยอาหาร พบว่า โยคะอาสนะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการดูแลการย่อยอาหาร และสอดคล้องกับงานวิจัย Leora Kuttner⁽²¹⁾ ที่ศึกษาผลของโยคะต่ออาการลำไส้แปรปรวน (IBS) พบว่า อาการลำไส้แปรปรวนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีความสอดคล้องกันในเรื่องของโยคะที่มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกลำไส้ท้องอืดหรือไม่สบายท้องในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืด มีอาการท้องอืดลดลงจากเดิม ขยับถ่ายได้ดีขึ้น และช่วยบริหารร่างกายผ่อนคลายกล้ามเนื้อหน้าท้องและหลังให้มีอาการปวดตามกล้ามเนื้อลดลงอีกด้วย และจากการสัมภาษณ์กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีมีอาการท้องอืดลดลงในช่วง 4 สัปดาห์แรก และ 4 สัปดาห์หลังไม่ได้ นำโปรแกรมโยคะอาสนะพบว่า กลับมามีอาการท้องอืดขึ้นอีกแต่อาการไม่รุนแรงน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจากการสอบถามเมื่อสิ้นสุดงานวิจัยผู้สูงอายุวัยต้นทุกคนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ได้รับทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1) ผู้ที่มีอาการท้องอืดไม่รุนแรงหรือผู้ที่สนใจ ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ในเรื่องการฝึกโยคะอาสนะต่อการบรรเทาอาการท้องอืด เพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นตามความเหมาะสมของบริบทและสถานที่

2) การนวดสามารถบรรเทาอาการท้องอืดได้ และหากนวดร่วมกับการฝึกโยคะจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการท้องอืดให้ประชาชนได้

3) ควรมีการเพิ่มการยืดกล้ามเนื้อโดยฝึกโยคะอาสนะเพื่อใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนในกลุ่มวัยอื่นๆร่วมด้วย เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) โปรแกรมโยคะอาสนะ 5 ท่า ปรับใช้และส่งเสริมในชุมชนเพื่อเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการท้องอืดได้ดียิ่งขึ้น

2) ควรนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงวัยที่แตกต่างกัน เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ เป็นต้น เพื่อหาประสิทธิภาพแต่ละช่วงอายุว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

3) ควรนำโยคะอาสนะไปประยุกต์ใช้กับโรคทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นๆ เพื่อหาประสิทธิภาพในการรักษาและเพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน



4) การติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดจากอาหารไม่ย่อยในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น โดยการประเมินผลซ้ำทุก 3 และ 6 เดือน เพื่อกระตุ้นเตือนและส่งเสริมให้ผู้ที่มีอาการท้องอืดเพื่อให้เกิดปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพต่อไปและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการกรอกแบบสอบถามจนทำให้การเก็บข้อมูลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ที่ช่วยอำนวยความสะดวกตลอดการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.dtam.moph.go.th/internet/dtamdownload/Book%20Phet%20Thai.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2563].
2. ประพจน์ เกตรากาศ. (2557). ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับทฤษฎีการแพทย์แผนปัจจุบัน. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 12(2), 167-169.
3. พินิต ชินสร้อย. (2555). การนวดไทยแบบราชสำนัก ตำราสมุฏฐานโรคและการวินิจฉัย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
5. WHO. (2017). Ageing and health. [Online]. Form: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. [Retrieved November 18, 2020].
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติกรมกิจการผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] ได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2563].
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
8. พจมาน ศรีนวรรณ์. (2560). การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.



9. นวตนา เอื้อจิตต์, แพรพลอย ฉัตรชัยนพคุณ และศุภะลักษณ์ พักคำ. (2545). ความพึงพอใจการใช้ยาสมุนไพรไทย จิงในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดแน่นท้องของแผนกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลโมรณีย์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลมโนรมย์.
10. วโรชา มหัชชัย. (2545). เอลิโคแบคเตอร์ไพโลไรจากความรู้พื้นฐานสู่เวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ:
11. สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. ถนอมพงษ์ เสถียรรัตน์, เกลิมศรี ภูมิมากร และสุภาพ เตชะมหายณรัตน์. (2562). แนวทางการรักษาภาวะย่อยอาหารผิดปกติไร้เหตุทางกายสำหรับเกษตรกรชุมชน. เกษตรศาสตร์อีสาน, 15(2), 1-16.
13. อรอนงค์ ทัพสุวรรณ. (2559). บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยศาสตร์ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. เวชบัณฑิตศิริราช: บทความทั่วไป, 189-193.
14. ปราณีย์ ฟูไเราะ. (2551). คำศัพท์คำย่อ ทางกายภาพ. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
15. Sneha A. Tayade & Vaishali D. Bhosale. (2017). EFFECT OF YOGASANA ON DIGESTIVE SYSTEM. International Ayurvedic Medical Journal, 5(3).
16. สิริพิมล อัญชลีสังการ. (2547). คู่มือโยคะวัยรุ่นสำหรับฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง. นนทบุรี: กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
17. Linda Rabeneck. (2001). SODA (severity of dyspepsia assessment) A new effective outcome measure for dyspepsia-related health. Journal of Clinical Epidemiology, 54(8), 755-765.
18. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
19. กลิ่นชบา สุวรรณรงค์, นริรัตน์ ทองยงค์, ดวงตา กุลรัตนญาณ และอนิมา จันทระแสน. (2556). การปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 11(2), 82-97.
20. Dharmesh Kaswala. (2013). Can yoga be used to treat gastroesophageal reflux disease?. International Journal of Yoga, 6(2), 131-3.
21. Leora Kuttner. (2006). A randomized trial of yoga for adolescents with irritable bowel syndrome. Pain Res Manage, 11(4).



ปัจจัยทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ประเทศไทย

FACTORS PREDICTING NURSING SERVICE OUTCOMES OF SURGICAL PATIENTS PERCEIVED BY OPERATING ROOM NURSES, TERTIARY HOSPITALS, HEALTH REGION 7 THAILAND

Received: March 15, 2022

Revised: June 28, 2022

Accepted: June 29, 2022

กิจมงคล ทาดทา^{1*}, อภิญญา จำปามูล²

Kijmongkol Thadtha^{1*}, Apinya Jumpamool²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพหุภาคีครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 6 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 229 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 ถึงเดือน สิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า 1) การรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.38$, S.D.= 0.52) 2) การรับรู้สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.22$, S.D.= 0.41) 3) การรับรู้สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.37$, S.D.= 0.46) 4) การรับรู้สิ่งแวดล้อมด้านมาตรฐานในการดูแลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.652$, $p < 0.01$) โดยสามารถอธิบายความผันแปรของผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้ร้อยละ 42.50 ($R^2 = 0.425$, $p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: ผู้ป่วยผ่าตัด, คุณภาพบริการพยาบาล, สิ่งแวดล้อมในการทำงาน, สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Student of the Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Khon Kaen University

² อาจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Lecturer, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: Tt_28th@hotmail.com



Abstract

The objective of this predictive research was to investigate factors that can predict the outcome quality of the surgical patient care perceived by OR nurses working in 6 tertiary referral hospitals, Health Region 7. The sample was 229 OR nurses with at least one year of work experience. The data was collected from May 2021 to August 2021. The research instrument used in collecting the data was a questionnaire consisting of four parts: 1) personal data of OR nurses, 2) work environment, 3) nursing competency, and 4) outcome quality of the surgical patient care. The data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis. The results of the study were as follow: 1) The overall outcome quality of the surgical patient care perceived by OR nurses was at a high level of ($\bar{x} = 4.38$, S.D. = 0.52). 2) Work environment perceived by the OR nurses was at a good level of ($\bar{x} = 3.22$, S.D. = 0.41). 3) Nursing competency perceived by the OR nurses was at a high level of ($\bar{x} = 4.37$, S.D. = 0.46). 4) The factors that can significantly predict the outcome quality of the surgical patient care were the nursing competency of the surgical patient care and the work environment affecting the use of the standards of the nursing services ($r = 0.652$, $p < 0.01$). The findings indicated that the variation of the nursing service outcome quality of the surgical patients was 42.50 % ($R^2 = 0.425$, $p < 0.01$) with a statistical significance at the 0.01 level.

Keywords: surgery patient, quality of nursing services, work environment awareness, perceived competence of operating room nurses

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกประกาศ Safe Surgery Safe Live มุ่งเน้นการตรวจเช็คเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด⁽¹⁾ โดยเฉลี่ยทั่วโลกจะมีการผ่าตัดปีละ 234 ล้านครั้ง ทุกการผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ร้อยละ 50 จากสถิติบริการผ่าตัดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีผู้มารับบริการผ่าตัดเฉลี่ยต่อวันประมาณ 70 ราย และพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติการณ์การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง อุบัติการณ์การเกิดสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด และพบข้อร้องเรียนจากการรักษาด้วยการผ่าตัด จากเหตุการณ์ดังกล่าว ส่วนหนึ่งเกิดจากพยาบาลมีความรู้ยังไม่เพียงพอ ขาดสมรรถนะหรือความชำนาญในงาน นำไปสู่การเกิดปัญหาข้อร้องเรียนหรือการฟ้องร้องพยาบาลห้องผ่าตัด⁽²⁾ ในบริบทการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของพยาบาลห้องผ่าตัด มีการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพและความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีในการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีสมรรถนะ ทักษะความชำนาญ



ในการใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัด จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการหมุนเวียนบทบาทในการทำงาน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือหรือทดแทนอัตรากำลังกันได้ ในสภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน และบริบทการทำงานที่มีความเร่งรีบ ภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงานที่กดดัน จึงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน อีกทั้งยังพบว่า อายุ ทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด มีผลต่อการจัดการและดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย สะท้อนถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาจากการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้⁽³⁾ ปี ค.ศ. 2011 Doran ได้เสนอแนวทางการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการดูแลความปลอดภัย ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ทำให้สามารถประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ชัดเจน⁽⁴⁾ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการศึกษาผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดจากประสิทธิผลของการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพโดยประเมินจากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้รับผลงาน พบว่า ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา การพัฒนาองค์ความรู้⁽⁵⁾ รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานและคุณภาพบริการทางการพยาบาล เกิดจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานให้แก่องค์กรได้เต็มศักยภาพ ส่งเสริมการสร้างสรรคผลงานที่ดีและบรรลุตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง⁽⁶⁾ อันประกอบด้วยการเป็นส่วนหนึ่งในการบริหารจัดการองค์กร มาตรฐานการดูแลคุณภาพทางการพยาบาล ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล การบริหารอัตรากำลังและทรัพยากร และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผ่าตัดและพยาบาลห้องผ่าตัด⁽⁷⁾ และจากการศึกษาปัจจัยด้านสมรรถนะที่มีผลต่อผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า การให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะ ความสามารถและความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยสมรรถนะสามารถวัดและสังเกตได้จากพื้นฐานความรู้ ทักษะความสามารถ และคุณสมบัติเฉพาะบุคคลในการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตและบทบาทหน้าที่⁽⁸⁾

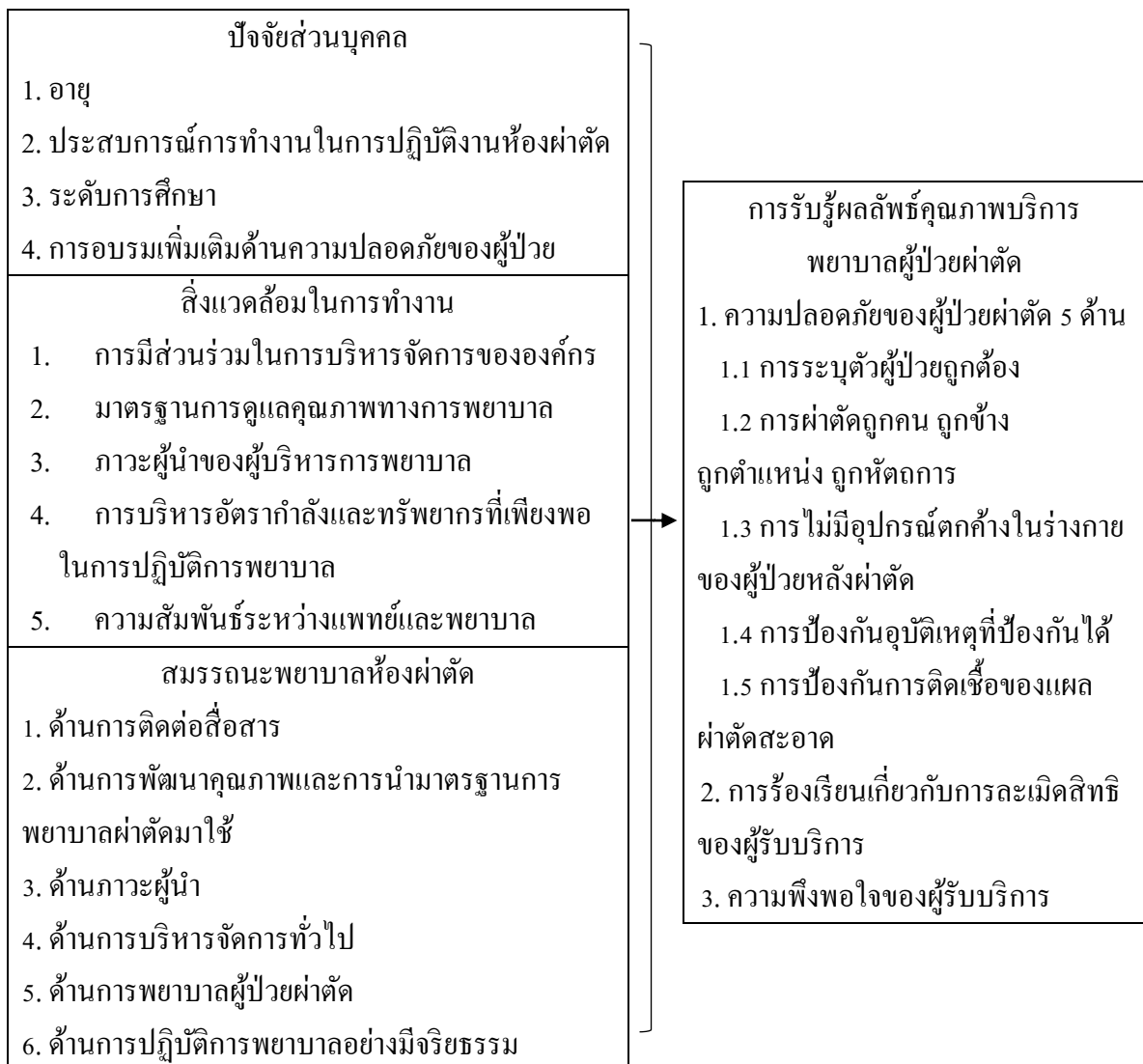
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับผลลัพธ์การบริการพยาบาลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ศึกษาในหอผู้ป่วยส่วนในบริบทของห้องผ่าตัดยังมีน้อย และยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาทั้ง 3 ปัจจัยในการทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการ อันประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยด้านสมรรถนะ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาดังกล่าว โดยคาดหวังว่าจะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทำให้งานมีความพึงพอใจ มีความสุขในการปฏิบัติงาน เกิดคุณภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ผลลัพธ์การบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาการรับรู้สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7
3. เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด



นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลที่บรรลุวัตถุประสงค์ตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย โดยบูรณาการตามแนวคิดของสำนักการพยาบาล (2551) ซึ่งวัดจากตัวชี้วัดที่สำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง การไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้แก่ การระบุตัวถูกต้อง การผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ การไม่มีอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด การไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม หรืออุบัติเหตุจากการจัดท่าหรือการใช้เครื่องมือผ่าตัดหรือเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิด รวมไปถึงความพร้อมของห้องผ่าตัดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามระยะเวลาที่กำหนด

2. การร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ หมายถึง การไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการ หรือการไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกของผู้ใช้บริการ ที่มีต่อการพยาบาลที่ได้รับจากพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งบริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7
2. ไม่อยู่ในระหว่างการลาคลอด ลาศึกษาต่อ หรือมาช่วยราชการ
3. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Withdrawal criteria)

1. มีอายุงานน้อยกว่า 1 ปี
2. มีตำแหน่งผู้บริหารการพยาบาลหรือหัวหน้างานห้องผ่าตัด
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ภายใต้ Service plan เดียวกัน ได้ 6 โรงพยาบาล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ 0.05 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.20 (Effect size = 0.20) และกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80⁽⁹⁾ (Power of test = .80) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 191 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายข้อมูลอีกร้อยละ 20⁽¹⁰⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 229 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด และการได้รับการอบรมเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ประเมินการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ประกอบด้วย 5 ด้าน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 เท่ากับ ตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด ถึง 4 เท่ากับ ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด การแปลผล⁽¹¹⁾ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.26 – 4.00 แปลผลระดับดีมาก, คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 แปลผลระดับดี, คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 แปลผลระดับพอใช้ และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 แปลผลระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ใช้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 6 ด้าน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด จำนวน 50 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ด้าน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด จำนวน 19 ข้อ (แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 เท่ากับ ตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด ถึง 5 เท่ากับ ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด การแปลผล⁽¹²⁾ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.0 แปลผลระดับสูงมาก, คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 แปลผลระดับสูง, คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 แปลผลระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 แปลผลระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 แปลผลระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด และแบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญ พิจารณาตรวจสอบด้านเนื้อหาความครอบคลุม ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ก่อนนำไปทดลองใช้ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.92, 0.98 และ 0.94



ตามลำดับ และได้ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Conbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95, 0.98 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมและรายด้าน วิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมกันทำนาย ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งตัวแปรของการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ในการวิเคราะห์การถดถอยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642077 (ลงวันที่ 21 เมษายน 2564)

ผลการวิจัย

ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนจำนวน 207 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.39 ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.64 จำแนกตามช่วงอายุพบว่า มีอายุเฉลี่ย 34.67 ปี (S.D. = 9.60) โดยมีช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 79 คน คิดเป็นร้อยละ 38.16 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 30-39 ปี และช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.72 และ 13.54 ตามลำดับ ช่วงอายุที่มีจำนวนน้อยที่สุดพบว่าเป็นช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.59 พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษา ระดับปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 98.55 รองลงมาคือ วุฒิปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 1.45 ส่วนวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาโท ไม่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 10.57 ปี (S.D. = 8.83) มากที่สุดคือ ช่วงเวลา 5-10 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 40.10 รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 25.60 พยาบาลห้องผ่าตัดผ่านการอบรมระยะสั้นหรือการอบรมเฉพาะทาง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 33.82 ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมในสาขาศัลยกรรมทั่วไปและสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 6.76 เท่ากัน ส่วนสาขาที่มีพยาบาลเฉพาะทางน้อยที่สุดคือ ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง คิดเป็นร้อยละ 0.96 พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับการอบรม ประชุมหรือสัมมนา ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 20.29 ส่วนร้อยละ 79.71 ไม่เคยอบรมประชุมหรือสัมมนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย รอบ 1 ปี ที่ผ่านมา

การรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.38, S.D. = 0.52) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิจากผู้รับบริการ



($\bar{x} = 4.44$, S.D. = 0.64) ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = 0.61) และด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ($\bar{x} = 4.31$, S.D. = 0.58) ล้วนอยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลโดยรวมและรายด้านของการรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (n = 207)

การรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
1. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด	4.31	0.58	สูง
2. ด้านข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิจากผู้รับบริการ	4.44	0.64	สูง
3. ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ	4.40	0.61	สูง
รวม	4.38	0.52	สูง

การรับรู้สิ่งแวดลอมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.22$, S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้สิ่งแวดลอมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดสูงสุด คือ ด้านมาตรฐานในการดูแลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.45$) รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล ($\bar{x} = 3.26$) ด้านที่มีการรับรู้สิ่งแวดลอมในการทำงานในระดับดี แต่มีคะแนนน้อยกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านการบริหารอัตราค่าจ้างและทรัพยากร ($\bar{x} = 3.05$) และด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารการพยาบาล ($\bar{x} = 3.16$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลการรับรู้สิ่งแวดลอมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 207)

การรับรู้สิ่งแวดลอมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขององค์กร	3.21	0.48	ดี
2. ด้านมาตรฐานในการดูแลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ	3.45	0.43	ดีมาก
3. ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารการพยาบาล	3.16	0.58	ดี
4. ด้านการบริหารอัตราค่าจ้างและทรัพยากร	3.05	0.62	ดี
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล	3.26	0.51	ดีมาก
รวม	3.22	0.41	ดี



การรับรู้สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.37, S.D. = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงสุด คือ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ 4.55 รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดมาใช้ ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านภาวะผู้นำ ส่วนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.32, 4.30, 4.29$) ตามลำดับ ด้านที่มีการรับรู้สมรรถนะในระดับสูง แต่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านการบริหารจัดการทั่วไป ($\bar{x} = 4.21$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 207)

การรับรู้สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด	$\bar{x}$	S.D	การแปลผล
1. สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสาร	4.30	0.51	สูง
2. สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดมาใช้	4.32	0.51	สูง
3. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ	4.29	0.54	สูง
4. สมรรถนะด้านการบริหารจัดการทั่วไป	4.21	0.54	สูง
5. สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	4.55	0.51	สูงมาก
6. สมรรถนะด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม	4.55	0.48	สูงมาก
รวม	4.37	0.46	สูง

การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและการรับรู้สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านมาตรฐานในการดูแลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพสามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.652, p < 0.01$) ซึ่งตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายการผันแปรของผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้ร้อยละ 42.5 ($R^2 = 0.425$) ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมระยะสั้น/การอบรมเฉพาะทางและการอบรม/ประชุม/สัมมนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังรายละเอียดในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Stepwise ในการทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

ตัวแปรอิสระ(ตัวทำนาย)	b	Beta	t	p - value
การรับรู้สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	0.404	0.394	6.343	0.000
การรับรู้สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านมาตรฐานในการดูแลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ	0.424	0.354	5.691	0.000
ค่าคงที่ (Constant)	1.082		3.991	0.000

$r = 0.652$; $R^2 = 0.425$; $F = 75.488$; $p - value < 0.01$

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 207 คน พบว่า มีการรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.38$, S.D.= 0.52) การรับรู้สิ่งแวดล้อมในการทำงานอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.22$, S.D.= 0.41) และการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.37$, S.D.= 0.46) ส่วนปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและการรับรู้สิ่งแวดล้อมด้านมาตรฐานในการดูแลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้ ร้อยละ 42.50 ($R^2 = 0.425$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.38$, S.D.= 0.52) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ห้องผ่าตัดมีการกำหนดประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด Safe surgery and invasive procedures เพื่อลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากระบบการผ่าตัด ซึ่งทุกโรงพยาบาลผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ภายใต้แนวคิด 2P Safety และห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานหนึ่งที่สอดคล้องนโยบายด้านความปลอดภัย จึงมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนดในมิติที่ 3 ด้านประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาล กำหนดตัวชี้วัดร้อยละบุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดไว้⁽¹³⁾ ส่งผลให้ผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด



ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽¹⁴⁾ อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากนโยบายด้านความปลอดภัยตามหลักของ SIMPLE ด้าน Safe Surgery ที่เน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

1.1 ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ห้องผ่าตัดมีการตรวจสอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยใช้ surgical safety checklist กับผู้ป่วยผ่าตัดทุกราย ส่งผลให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ระบบการทำงานของห้องผ่าตัดต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องในทุกกระบวนการผ่าตัด

1.2 ด้านข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิจากผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและบุคลากรตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยองค์กรพยาบาลมีการกำกับควบคุมการดูแล ปกป้อง พกภัยสิทธิผู้ป่วยผ่านหัวหน้างาน มีศูนย์รับบริการข้อร้องเรียนด้านการรักษาพยาบาล ทั้งระบบออนไลน์และสายตรงผู้บริหาร ประกอบกับการประกันคุณภาพภายในเป็นประจำทุกปี และการรายงานเกณฑ์ชี้วัดเพื่อพัฒนาและปรับปรุงเป็นระยะ

1.3 ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนตามมาตรฐานวิชาชีพและหลักวิชาการ ครอบคลุมการดูแลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในทุกมิติ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีระบบบริการที่เข้าถึงง่าย ลดระยะเวลารอคอย และกำหนดความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดสำคัญของสถานบริการ สะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการพยาบาลเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

2. การรับรู้สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.22, S.D. = 0.41) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า องค์กรมีการจัดการด้านองค์ประกอบสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขององค์กร การนำมาตรฐานทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ ความสามารถและภาวะผู้นำของผู้บริหาร ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากรเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมทั้งการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพที่ดี มีการให้เกียรติซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์และพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁵⁾ พบว่า องค์ประกอบสิ่งแวดล้อมเพื่อการทำงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก เนื่องมาจากบุคลากรห้องผ่าตัดมีระบบการทำงานเป็นทีมและทีมผ่าตัดต้องทำงานใกล้ชิดกัน การสื่อสาร การจัดการปัญหาอุปสรรคต้องจัดการอย่างรวดเร็ว ทันเวลา

3. สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.37, S.D. = 0.46) สะท้อนถึงคุณภาพของพยาบาลห้องผ่าตัดว่ามีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด



ทุกด้าน ซึ่งโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Re-accreditation) อย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในหน่วยงานได้ชัดเจน มีการพัฒนาระบบกลไกการทำงานและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁶⁾ เนื่องจากห้องผ่าตัดในแต่ละโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล รวมถึงเป็นแหล่งฝึกให้กับโรงพยาบาลเครือข่าย (Node) โดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงฝึกทักษะการปฏิบัติการผ่าตัดขั้นพื้นฐาน ประกอบกับวิวัฒนาการและความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครื่องมืออุปกรณ์ในการผ่าตัดที่ทันสมัย มีความซับซ้อน ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องเรียนรู้และได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติงานทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อสะสมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ การส่งเครื่องมือผ่าตัด การช่วยแพทย์ทำผ่าตัด การจัดท่าผ่าตัด การใช้เครื่องมือผ่าตัดต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

4. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและการรับรู้สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านมาตรฐานในการดูแลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพสามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.652, p < 0.01$) ตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายการผันแปรของผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้ร้อยละ 42.5 ($R^2 = 0.425$) เนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติงานทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อสะสมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ประกอบกับวิวัฒนาการและความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครื่องมือ อุปกรณ์ในการผ่าตัดที่ทันสมัยมีความซับซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการทำงานใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้การปฏิบัติงานบรรลุผลและมีผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทย⁽¹⁷⁾ โดยการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการลดอุบัติเหตุความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นการมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี จะเอื้อต่อการทำงานของพยาบาลและส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมไม่สามารถทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีเพียงร้อยละ 20.3 ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยผู้ป่วยในห้องผ่าตัด



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลส่งเสริมและสนับสนุนโอกาสในการศึกษาเพื่อเพิ่มพูนระดับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี และเอื้อต่อการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด สนับสนุนการการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยบุคลากร โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนร่วมงาน ผู้ร่วมวิจัยและอาสาสมัครทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีนวล องค์ประเสริฐ, ธนัญญาณ์ หล่อกิตติชนม์, และจินตจุฑา แก้วมาก. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารทางการแพทย์ 2561; 43(3), 125-130
2. แสงว นุญเฉลิมวิภาส. กฎหมายและข้อควรระวังสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด. การประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี; 24 -26 สิงหาคม 2558; ศูนย์นิทรรศการและการประชุม (ไบเทค) บางนา. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย; 2558.
3. อภิญา จำปามูล. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางการพยาบาล. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
4. Doran, D. M. Nursing-sensitive outcomes: State of the science (2nd ed.). New York: Boston Jones & Bartlett Learning Learning. 2011.
5. ขำรังศักดิ์ คงทาสวัสดิ์. COMPETENCY ภาวะปฏิบัติ เขาทำกันอย่างไร. พิมพ์ครั้งที่ 7 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2553.
6. อภิรติ นันท์สุกวัฒน์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. พยาบาลสาร 2557; 41(1), 38-49.
7. Lake, E. Development of the practice environment scale of the nursing work index. Research in Nursing and Health 2002; 55, 1-9.
8. สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ เวชสาร; 2554.



9. บุญบา วงศ์พิมล. ความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดอัตราค่าลงพยาบาล สภาพแวดล้อมในการทำงาน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
10. วรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การพัฒนาหลักสูตรและการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตร. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2546.
12. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
13. สำนักการพยาบาล. เครื่องมือประเมินคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ใน โรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
14. สยามล ภูเขมา. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
15. เจริญทอง วงษ์สุดดา. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลกรุงเทพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
16. วิไลภรณ์ พุทธิรักษา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
17. สมปรารถนา ดาผา และคณะ. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศไทย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551; 31(2), 31-41.



ผลของการให้ทันตสุขภาพผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น
EFFECTS OF DENTAL HEALTH EDUCATION VIDEO ON KNOWLEDGE, ATTITUDES AND ORAL HEALTH CARE BEHAVIORS AMONG SCHOOL CHILDREN GRADE 4-6 IN CHONNABOT DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Received: February 24, 2022

Revised: July 16, 2022

Accepted: July 19, 2022

วีรพันธ์ ใจแก้ว^{1*}, จตุพร ตันเจียง¹, กานต์กมล ผลาผล¹

Weerapan Jaikaew^{1*}, Jatuporn Tanjeang¹, Kankamon Phalaphon¹

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน วัดผลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Pair sample t-test และ Independent sample t-test

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การให้ทันตสุขภาพผ่านสื่อวีดิทัศน์ทำให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์, การดูแลสุขภาพช่องปาก, นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

¹ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

Dental Department, Chonnabot Hospital, Khon Kaen Province

*Corresponding author E-mail: Weerapan.j@kkumail.com



Abstract

This study was a quasi-experimental research. The objective of this study was to study effect of dental health education video on knowledge, attitudes and oral health care behaviors among school children grade 4-6 in Chonnabot District, Khon Kaen Province. The samples were school children grade 4-6 divided into an experimental group of 34 people and a control group of 38 people. The results were measured before and after the experiment within the experimental group and between the experimental and control groups. General data were collected using a general questionnaire. Knowledge questionnaire on dental caries, gingivitis and oral health care, oral health care attitudes questionnaire and oral health care behaviors questionnaire. General data were analyzed using descriptive statistics and comparative analysis of variable differences within the experimental group and between the experimental group and control group using Pair sample t-test and Independent sample t-test.

The study found that after the experiment, the experimental group had better mean score on knowledge, attitudes and oral health care behaviors than before the experiment. When comparing two groups, the experimental group had better mean score on knowledge, attitudes and oral health care behaviors than those in the control group ($p < 0.001$). This study demonstrated that dental health education video, school children grade 4-6 had better knowledge, attitudes and oral health care behaviors.

Keywords: Dental health education video, Oral health care, School children grade 4-6



บทนำ

จากการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในฟันถาวรเด็กอายุ 12 ปี ระดับชาติครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ. 2560⁽¹⁾ พบว่า เด็กมีฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 52.00 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.40 ซึ่ง/คน เฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เด็กมีฟันผุคิดเป็นร้อยละ 61.10 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.60 ซึ่ง/คน และในเขตอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น พบว่า เด็กมีฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 63.60⁽²⁾ ซึ่งสูงกว่าการสำรวจระดับประเทศ

ช่วงวัยดังกล่าวเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพช่องปาก เนื่องจากเริ่มมีฟันแท้ขึ้นครบและจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต ขนบกรูบรอบและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน^(3,4) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากตามมา เพราะเด็กวัยนี้ยังขาดความรู้และพฤติกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงถูกคาดหวังให้สามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง⁽⁵⁾

ปัจจุบันการให้ทันตสุขศึกษาแก่เด็กวัยนี้มีหลายวิธี เพื่อให้มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น เช่น การให้ทันตสุขศึกษาผ่านการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ⁽⁶⁾ พบว่า ทำให้เด็กมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง และมีทักษะการแปรงฟันดีขึ้น การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่ออินโฟกราฟิก⁽⁷⁾ พบว่า ทำให้เด็กมีความรู้ ทักษะการแปรงฟันถูกวิธีดีขึ้น และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง รวมถึงการให้ทันตสุขศึกษาผ่านเกมส์คอมพิวเตอร์⁽⁸⁾ ที่ทำให้เด็กมีความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบดีขึ้น เป็นต้น

การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่เหมาะสม เนื่องจากมีอิทธิพลต่อเด็กวัยนี้เป็นอย่างมาก เพราะมีภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ทำให้สามารถสร้างความสนใจ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มากขึ้น และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของขวัญตา บุญวาส และคณะ⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตรัง พบว่า การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันฟันผุที่ดีขึ้น

ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาโรคฟันผุที่สูงมากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีฟันผุเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 63.30⁽²⁾ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น



วัตถุประสงค์การวิจัยทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัยเฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านเอกสารความรู้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะเป็นกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ ระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งหมดทั้งชายและหญิงในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 2 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2563 ได้แก่ โรงเรียนบ้านท่านางเลื่อนท่าข่อย จำนวน 34 คน เป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนบ้านท่าม่วง จำนวน 38 คน เป็นกลุ่มควบคุม รวมประชากรทั้งหมด 72 คน โดยมีเกณฑ์รับเข้าดังนี้ นักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะได้รับการอ่านแบบสอบถามจากผู้วิจัยเพื่อตอบแบบสอบถาม และไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ไม่รับเข้าดังนี้ นักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ย้ายไปนอกอำเภอชนบทในระหว่างการศึกษา และเกณฑ์คัดออกดังนี้ นักเรียนที่ไม่มาโรงเรียนในวันที่มีการเก็บข้อมูลและนักเรียนที่มีความบกพร่องทางร่างกาย พิการ และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ 4 สัปดาห์ และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ประเมินผลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และการดูแลสุขภาพ



ช่องปาก แบบสอบถามทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะได้รับการอ่านแบบสอบถามจากผู้วิจัยเพื่อตอบแบบสอบถาม และมีการสอบถามถึงข้อสงสัยหรือปัญหาจากการตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อ เพื่อตอบข้อสงสัยหรือแก้ปัญหาก่อนอ่านแบบสอบถามในข้อถัดไป ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และกิจกรรมที่ 2 ให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ “เรื่องโรคฟันผุ” ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ “เรื่องโรคเหงือกอักเสบ” ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 ให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ “เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก” ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 ให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ “สรุปความรู้เรื่องโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และการดูแลสุขภาพช่องปาก” ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินผลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับก่อนได้รับทันตสุขศึกษา ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ แต่ประเมินผลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับกลุ่มทดลองและได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติผ่านเอกสารความรู้เรื่องโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และการดูแลสุขภาพช่องปากในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เป็นการศึกษาเอกสารความรู้ด้วยตนเอง และประเมินผลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับก่อนได้รับทันตสุขศึกษาในสัปดาห์ที่ 6

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ ระดับชั้นโรคประจำตัว และการศึกษาของผู้ปกครอง

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 13 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน

3. แบบสอบถามทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) เป็นคำถามเชิงบวก 5 ข้อ คำถามเชิงลบ 5 ข้อ รวม 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) กรณีข้อคำถามเชิงลบให้ทำการกลับค่าคะแนน

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก เป็นคำถามเชิงบวก 6 ข้อ คำถามเชิงลบ 4 ข้อ รวม 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติประจำ



(3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) กรณีข้อคำถามเชิงลบให้ทำการกลับค่าคะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความตรงตามวัตถุประสงค์ รูปแบบของแบบทดสอบ ความถูกต้องและความชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับประชากร แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า IOC มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แล้วนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.70 และ 0.74 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Pair sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ใบรับรองจริยธรรมเลขที่ HE6310044 ลงวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2563



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีลักษณะใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.59 และร้อยละ 52.63 มีจำนวนนักเรียนแต่ละชั้นเรียนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (n=34)	ร้อยละ	จำนวน (n=38)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	24	70.59	20	52.63
หญิง	10	29.41	18	47.37
ระดับการศึกษา				
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	9	26.47	15	39.47
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	13	38.24	12	31.58
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	12	35.29	11	28.95
โรคประจำตัว				
ไม่มี	32	94.12	33	86.84
หอบหืด	2	5.88	5	13.16
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง				
ประถมศึกษา	16	47.06	19	50.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	14.71	9	23.68
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	38.23	10	26.32

2. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 5.59, 1.62 และ 2.01 ตามลำดับ และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ($p < 0.001$) เท่ากับ 10.74, 4.35 และ 2.39 ตามลำดับ และสูงกว่าก่อนการทดลองเป็น 1.92, 2.69 และ 1.19 เท่า ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n = 34$)

การดูแลสุขภาพช่องปาก	$\bar{x}$	SD	Mean difference	95%CI	t	p
ด้านความรู้						
ก่อนทดลอง	5.59	2.19	5.15	4.22-6.07	11.31	< 0.001*
หลังทดลอง	10.74	1.50				
ด้านทัศนคติ						
ก่อนทดลอง	1.62	0.62	2.73	2.55-3.15	19.40	< 0.001*
หลังทดลอง	4.35	0.53				
ด้านพฤติกรรม						
ก่อนทดลอง	2.01	0.25	0.38	0.11-0.48	3.27	< 0.001*
หลังทดลอง	2.39	0.19				

* $p < 0.05$

3. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 5.59, 1.62 และ 2.01 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเท่ากับ 5.32, 0.53 และ 1.99 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 10.74, 4.35 และ 2.39 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเท่ากับ 6.68, 3.69 และ 2.05 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมเป็น 1.61, 1.18 และ 1.17 เท่า ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 34) และกลุ่มควบคุม (n = 38)

การดูแลสุขภาพช่องปาก	กลุ่มทดลอง $\bar{x}$ (SD)	กลุ่มควบคุม $\bar{x}$ (SD)	Mean difference	95%CI	t	p
ด้านความรู้						
ก่อนทดลอง	5.59 (2.19)	5.32 (2.30)	1.50	0.78-1.32	0.51	0.61
หลังทดลอง	10.74 (1.50)	6.68 (2.45)	3.78	3.08-5.02	8.33	< 0.001*
ด้านทักษะ						
ก่อนทดลอง	1.62 (0.62)	0.53 (0.63)	1.09	0.28-0.30	0.07	0.94
หลังทดลอง	4.35 (0.53)	3.69 (0.85)	0.66	0.33-0.99	3.99	< 0.001*
ด้านพฤติกรรม						
ก่อนทดลอง	2.01 (0.25)	1.99 (0.21)	0.52	0.09-0.12	0.26	0.79
หลังทดลอง	2.39 (0.19)	2.05 (0.17)	0.29	0.25-0.42	7.83	< 0.001*

*p < 0.05

สรุปผลการวิจัย

การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์แก่กลุ่มทดลองอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ตั้งแต่สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย วิธีในการป้องกันการเกิดโรค รวมไปถึงการสรุปบทวนความรู้ทั้งหมด ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้และความเข้าใจที่มากขึ้นและนำไปสู่การมีทักษะและพฤติกรรมที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญวาส และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการชม



สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของรัตน จันทร⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของการให้ ทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยกลุ่ม ทดลองหลังจากการให้ทันตสุขศึกษา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความคาดหวัง และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการชมสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับทันตสุขภาพเป็นกิจกรรมหนึ่งของการให้ทันตสุขศึกษานี้ รวมถึงการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ช่องปาก เช่น การศึกษาของพรพรรณ อัสวานิชย์และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของสื่อทันตสุขศึกษา เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ดูแลเด็ก โดยกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เรื่องฟันผุและการดูแล สุขภาพช่องปากผ่านสื่อวีดิทัศน์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็กสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของอัญชิสา ขาวคง⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการ พัฒนาและทดสอบสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของครู ผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างระหว่างก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่านอกจากการได้รับทันตสุขศึกษาอย่างเป็นลำดับขั้นตอนผ่านสื่อวีดิทัศน์แล้ว สื่อวีดิทัศน์ยังมีภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ทำให้สามารถกระตุ้นความสนใจ ในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านเอกสารความรู้ ส่งผล ให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม ควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญवासและคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุของกลุ่มทดลองที่ได้รับการชมสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของชิงชัย บัวทองและคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุใน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหนึ่งในกิจกรรมของการให้ทันตสุขศึกษาที่เด็กนักเรียนให้ ความสนใจมากที่สุด คือ การชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันโรคฟันผุ รวมไปถึงการศึกษาของปกรณ กุลทัศนศิลป์⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลของสื่อการ์ตูนแอนิเมชันต่อการปฏิบัติ ทักษะ และความรู้ในการดูแล



สุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านทางสื่อการ์ตูนแอนิเมชันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านทางหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลองที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับทันตสุขศึกษาผ่านวีดิทัศน์ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านเอกสารความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 เพียงสัปดาห์เดียว ส่วนในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เป็นการศึกษาเอกสารความรู้ด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับทันตสุขศึกษาในครั้งสุดท้ายห่างจากการประเมินผลเพียง 2 สัปดาห์ แต่กลุ่มควบคุมได้รับทันตสุขศึกษาในครั้งสุดท้ายห่างจากการประเมินผลถึง 5 สัปดาห์ ซึ่งข้อแตกต่างนี้อาจทำให้กลุ่มทดลองจำความรู้ที่ได้รับได้มากกว่ากลุ่มควบคุม และอาจส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ พบว่า การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ให้ได้ผลดีในระยะเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ชั่วโมง ควรเริ่มกระบวนการเรียนรู้ดังนี้ ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ให้เด็กนักเรียนรับชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบตามลำดับ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจของโรคสาเหตุของการเกิดโรค และผลกระทบของโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบที่มีต่อร่างกายเด็ก ในสัปดาห์ที่ 3 รับชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบที่เด็กนักเรียนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และในสัปดาห์สุดท้าย รับชมสื่อวีดิทัศน์สรุปบทวนเรื่องโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อทบทวนความรู้และความเข้าใจให้มากขึ้น เกิดเป็นทัศนคติที่ดี และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP)⁽¹⁵⁾

การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์เป็นวิธีหนึ่งที่เหมาะสมและมีอิทธิพลต่อเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถแสดงความสัมพันธ์ของสิ่งที่นำเสนอได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกลบเลือน อีกทั้งยังสามารถดึงดูดความสนใจจากเด็กนักเรียนด้วยภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่เสมือนจริงได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้มากยิ่งขึ้นและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีตามมา^(12, 13, 16) นอกจากนี้จากสถานการณ์การระบาดอย่างต่อเนื่องของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)⁽¹⁷⁾ และจากปัญหาความขาดแคลนของทันตบุคลากรในประเทศ⁽¹⁸⁾ ทำให้การให้ทันตสุขศึกษาในพื้นที่เป็นไปได้อย่างยากลำบาก การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จึงเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันอีกด้วย



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สื่อวีดิทัศน์ในการให้ทันตสุขภาพแก่เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ควรเป็นสื่อที่มีการให้ความรู้อย่างเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม อีกทั้งยังควรมีภาพที่เคลื่อนไหวและเสียงที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง เพื่อสร้างความสนใจต่อการเรียนรู้แก่เด็กนักเรียนในวัยนี้ เพื่อนำไปสู่การมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี

2. ควรนำสื่อวีดิทัศน์มาใช้ในการให้ทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 หรือนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับวิธีอื่นๆ ในการให้ทันตสุขภาพ เช่น การบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ เป็นต้น เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนทุกด้าน และควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีความสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบงานวิจัยให้มีช่วงเวลาระหว่างการได้รับทันตสุขภาพครั้งสุดท้ายกับการประเมินผลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้เท่ากัน

2. ควรเพิ่มการวัดผลปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาพเหงือกอักเสบก่อนและหลังการได้รับทันตสุขภาพผ่านสื่อวีดิทัศน์ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ควรเพิ่มระยะเวลาของการติดตามผลเพื่อติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 อย่างต่อเนื่อง เช่น ทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกคนและขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนจนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
2. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชนบท. รายงานสภาวะช่องปากของนักเรียนในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพระดับโรงเรียน อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2560. ขอนแก่น; 2561.



3. นงนุช ใจชื่น, สิริจันทร์ยา พูลเกิด, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ทักษพล ธรรมรังสี. การซื้อและการบริโภคอาหารและเครื่องมือของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7(1): 137-150.
4. สุกัญญา บัวศรี, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, อนงค์ สุนทรานนท์. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร 2563; 47(2): 24-36.
5. กมลวรรณ มุลเมืองแสน. ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และการแปรงฟัน ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเทศบาล 5 (วัดควนขัน) อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. [รายงานวิจัย]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2561.
6. สุภาพิมพ์ ใจเย็น. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านหนองยวน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง. [รายงานวิจัย]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2563.
7. กรรณชนก คงเสน. ประสิทธิภาพของการให้ทันตสุขภาพผ่านสื่ออินโฟกราฟิกต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. [รายงานวิจัย]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2563.
8. จิรัชยา สุพรรณา. ผลของเกมคอมพิวเตอร์เรื่องโรคเหงือกอักเสบต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. [รายงานวิจัย]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2563.
9. ขวัญตา บุญวาส, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, โสภิต สุวรรณเวลา, จันทร์เพ็ญ เลิศวันวัฒนา. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2559; 8(2): 60-72.
10. รัตนา จันทร. ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองชะเชิงเทรา อำเภอเมืองชะเชิงเทรา จังหวัดชะเชิงเทรา. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559; 33(4): 340-53.
11. พรพรรณ อัสวานิชย์, อุมพร คงสกุล, พจนา พงษ์พานิช, สุมิตร สุอำพัน, รุจิรา เพื่อนอัยกา. ประสิทธิภาพของสื่อทันตสุขภาพเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ดูแลเด็ก. วทันต จุฬาฯ 2553; 33: 173-84.
12. อัญชิสา ขาวคง. การพัฒนาและทดสอบสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนสำหรับครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. [รายงานวิจัย]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2561.



13. ชิงชัย บัวทอง, ยินดี พรหมศิริไพบุลย์, อัจริยา วัชรวิวัฒน์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านบางเหียน อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558; 3(2): 293-306.
14. ปกรณ์ กุลทัศนศิลป์. ผลของสื่อการ์ตูนแอนิเมชันต่อการปฏิบัติ ทักษะ และความรู้ ในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. [รายงานวิจัย]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2561.
15. Roger D. The Psychology of Adolescence. New York: Appleton Century-Crofts; 1978.
16. กันตพร ยอดไชย, อริย์วรรณ อ่วมธานี, วิฑูรย์ สังวรักษ์. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์การไอเกะ เรื่องหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550; 25(6): 531-6.
17. World Health Organization. Thailand: WHO Coronavirus Disease [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.who.int/region/searo/country/th>
18. วรรัตน์ ใจชื่น. การคาดการณ์กำลังคนในกลุ่มทันตบุคลากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(2): 221-31.



ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

FACTORS RELATED ADHERENCE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT SI CHANGMAI HOSPITAL NONGKHAI PROVINCE

Received: February 10, 2022

Revised: July 15, 2022

Accepted: July 16, 2022

กมลรัตน์ ณ หนองคาย^{1*}

Kamolrat Na Nongkhai^{1*}

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประเทศไทย การรักษามีเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบในระยะยาว ซึ่งการรักษาจะได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยาและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย จำนวน 67 ราย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ 6-8 คะแนน ร้อยละ 62.70 เพศ ระดับการศึกษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลเชิงลบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอธิบายความผันแปรของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 46.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($R^2 = 0.462$, $p < 0.05$)

ดังนั้น เภสัชกรควรประสานทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการใช้ยา, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

¹ เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

Professional Pharmacist at Si Chaingmai Hospital

*Corresponding author E-mail : kamolrat1975@gmail.com



Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease causes 5th death in Thailand. The treatment aims to reduce the severity of the disease and prevent long term acute exacerbation. The treatment will have good results that require the patient's adherence. This research aimed to study the level of drug adherence among COPD patients and to study the predictive factors and their power of prediction in drug use of COPD patients at Sri Chiang Mai Hospital, by studying all 67 COPD patients. The general data were evaluated using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Factors that affected drug adherence were analyzed using multiple regression analysis.

The results found that the majority of COPD patients had an appropriate level of drug adherence which was higher or equal to 6 scores, accounting for 62.70 percent. Genders, levels of education, and the perception of disease severity had a positive influence on drug adherence. Depression had a negative influence on drug adherence by decreased patient's adherence. This could explain the variation in drug adherence by 46.20 percent with statistically significant at 0.05 ($R^2 = 0.462$, $p < 0.05$).

Therefore, pharmacist should coordinate with multidisciplinary teams to promote an appropriate level of drug adherence in COPD patients.

Keywords: Drug adherence, chronic obstructive pulmonary disease



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขไทย จากสถิติข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่ากับ 10.30 ต่อแสนประชากรซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประเทศไทย⁽¹⁾ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากระตุ้น ก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับไม่เต็มที่ (not fully reversible) เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive) และส่งผลเสียไม่เฉพาะระบบหายใจเท่านั้น แต่เกิดผลกระทบต่ออวัยวะหรือระบบอื่นๆ (extra pulmonary effects) ด้วย⁽⁷⁾ การเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของโรคจะเร่งการเสื่อมสมรรถภาพปอด และทำให้การดำเนินของโรคแย่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน และความผาสุกทางจิตใจที่ลดลง⁽⁹⁾ ปัจจุบันได้มีการปรับปรุงแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางของ The Global Initiative for Obstructive Lung Disease (Gold 2021)⁽¹⁵⁾ ซึ่งการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเป้าหมายในการลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบในระยะยาว ซึ่งการรักษาจะได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนั้น การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นหัวใจหลักที่มีความสำคัญมากเนื่องจากสามารถป้องกันความเสี่ยงที่อาจทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควรและบรรเทาอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยรวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะหอบกำเริบได้⁽⁸⁾

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องตามขนาด ตามเวลา อย่างสม่ำเสมอ⁽¹¹⁾ แต่บุคคลจะปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพหรือมีความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความเชื่อซึ่งเป็นสิ่งที่ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคล และเป็นการรับรู้ความเข้าใจของตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดก็จะปฏิบัติตามพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อหรือความเข้าใจของตน⁽¹²⁾ สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสำคัญมากต่อการรักษาและการควบคุมอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทและศักยภาพสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

J Bourbeau and S J Bartlett (2008)⁽¹⁴⁾ ได้มีการสรุปปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านยาและการรักษา (Medication and regimen factors) พบว่า วิธีการบริหารยา รูปแบบยา จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน ความถี่ในการใช้ยา และผลข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factors) พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ความจำ การรับรู้ความสามารถของ



ตนเอง สภาวะโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค สภาวะจิตใจ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ (Healthcare provider and caregiver factors) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางด้านการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ระบบการเข้าถึงยาและการรักษา การตรวจนัดติดตาม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ชมพูนุช พัฒนจักร (2562)⁽³⁾ ทำการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ศศิธร รุ่งสว่าง (2555)⁽⁵⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับอิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อจิตร (2555)⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับยาขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

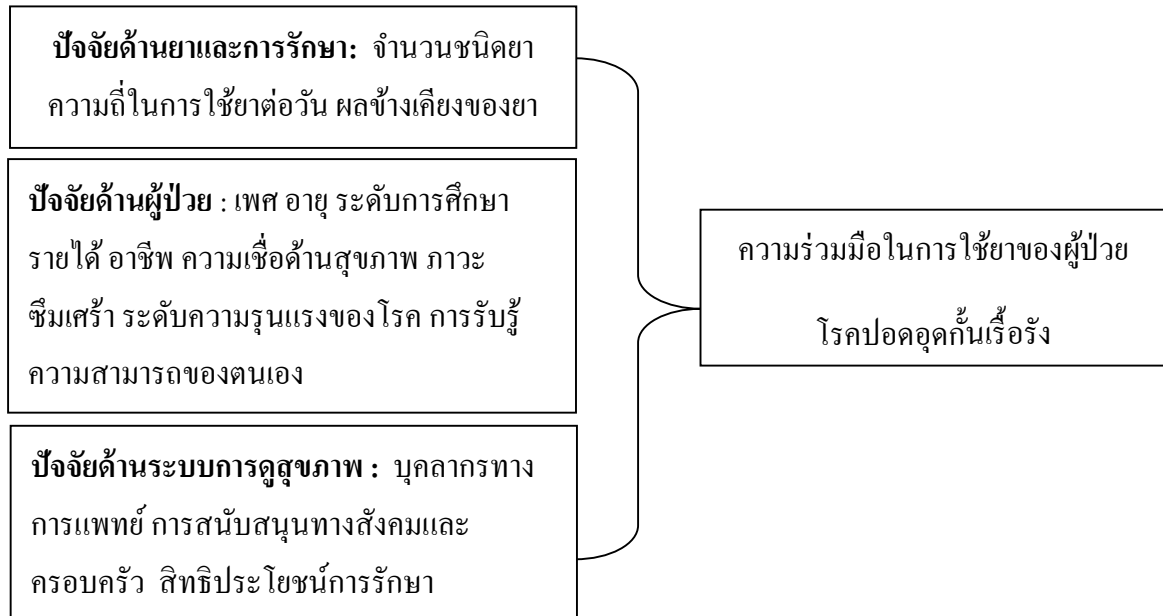
ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ มีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลการศึกษาวិจัยไปพัฒนาระบบการบริหารด้านเภสัชกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและมีผลการรักษาที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ปัจจัยด้านยาและการรักษา ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย



กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคายมีจำนวน 67 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลด้านยาและการรักษาของผู้ป่วย (Patient & Medication Profile)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Modified Morisky Medication Adherence Scale : MMAS มีข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของอิสริย์กร สุรศรีกุล (2555) โดยมีคำถามทั้งหมด 17 ข้อ



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต โดยมีข้อคำถาม 9 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยมีคำถามทั้งหมด 11 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และบุคลากรทางการแพทย์ ได้ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD Self-Efficacy Scale (CSES) มีข้อคำถาม 34 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ แพทย์จำนวน 2 ท่าน และเภสัชกรจำนวน 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ Modified Morisky Medication Adherence Scale เท่ากับ 0.93 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.92 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.864 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.849 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 0.827 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เท่ากับ 0.749

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS เวอร์ชัน 16.0 โดย

สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติ **Multiple Regression** เพื่อวิเคราะห์อำนาจของปัจจัยการทำนายของตัวแปรระหว่างปัจจัยด้านยาและการรักษา ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2563 เลขที่เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No.NKPH50 และก่อนทำการวิจัยผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิโดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบ เพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.60 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.90 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.10 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 59.70 สำหรับรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.70 สำหรับสิทธิการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 88.10

2. ข้อมูลด้านยาและการรักษาของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ มีค่า FEV1 ระดับ 50-80% คิดเป็นร้อยละ 53.70 ระดับ mMRC ส่วนใหญ่คือ ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 46.30 ระดับคะแนน Cat Score น้อยกว่า 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 94.00 สำหรับยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย กลุ่มยาสเตียรอยด์มีการใช้ยา Seretide Accuhaler มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91 จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 3 ชนิดต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 73.10 ส่วนใหญ่มีความถี่ในการใช้ยา 2 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 65.70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกได้ คิดเป็นร้อยละ 64.20 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 68.70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 89.60 และระยะเวลาของการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.80

3. ระดับคะแนนความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วย COPD ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมคือมีระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนนขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 62.70 (มีจำนวน 42 คน) และมีเพียง 25 คนที่มีระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้น้อยกว่า 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 37.30 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Modified Morisky Medication Adherence Scale (N=67)

ระดับคะแนนความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วย COPD	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับคะแนน <6	25 (37.30)
ระดับคะแนน 6-7	25 (37.30)
ระดับคะแนน 8	17 (25.40)



4. ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีทั้งหมด 42 ปัญหา โดย

ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งพบมากที่สุดคือ 16 ปัญหา (ร้อยละ 38.10) ซึ่งการที่ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้ปรับเพิ่มขนาดการใช้ยาตามแพทย์สั่งยังคงจดจำขนาดยาเดิม จึงทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาในขนาดน้อยกว่าที่แพทย์สั่งโดยพบ 5 ปัญหา (ร้อยละ 11.90) และใช้ยาน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง พบ 3 ปัญหา (ร้อยละ 7.10) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีการหยุดการใช้ยาก่อนแพทย์สั่งเนื่องจาก ผู้ป่วยพบว่า อาการของตนเองดีขึ้นจึงมีการหยุดใช้ยาเองพบ 4 ปัญหา (ร้อยละ 9.50) และผู้ป่วยไม่ใช้ยา พบ 4 ปัญหา (ร้อยละ 9.50) มักพบในกลุ่มขยายยาหลอดลมชนิดเม็ด เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้นจึงไม่ใช้ยาต่อ

ปัญหาการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่งพบ 14 ปัญหา (ร้อยละ 33.40) เกิดจากผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าตนเองพ่นยาแล้วหรือยัง จึงเกิดการพ่นยาซ้ำ บางรายมีการปรับเพิ่มขนาดยาเอง เนื่องจากรู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองแย่ลง และบางรายที่แพทย์ปรับลดขนาดการพ่นยา การรับประทานยาแต่ผู้ป่วยไม่ได้ปรับลดขนาดยายังคงพ่นยาตามเดิม

ปัญหาการขาดนัด/ขาดยา พบ 6 ปัญหา (ร้อยละ 14.30) ปัญหาการขาดนัด/ขาดยาเกิดจากผู้ป่วย 3 ราย มีภารกิจในการทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวทำให้ไม่สามารถเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ ผู้ป่วย 2 ราย ไม่มีญาติพามาพบแพทย์ตามนัด และผู้ป่วย 1 ราย มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนกับระบบการนัดหมายของโรงพยาบาล

ปัญหาการใช้ยาสุดพ่นผิดเทคนิค พบ 4 ปัญหา (ร้อยละ 9.50) เกิดจากผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการพ่นยา กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา Seretide Accuhaler ผู้ป่วยสุดพ่นยาไม่เร็วและไม่แรง ทำให้มียาบางส่วนติดตามหลอดลมและกระพุ้งแก้ม สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ Budesonide MDI พบว่า ผู้ป่วยไม่กลืนลมหายใจก่อนที่จะสุดพ่นยา

ปัญหาการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง พบ 2 ปัญหา (ร้อยละ 4.80) เกิดจากผู้ป่วยซื้อยารับประทานเองซึ่งเป็นยาลดอาการภูมิแพ้ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเพียงเล็กน้อยไม่สะดวกมาพบแพทย์ ผู้ป่วยจึงซื้อยารับประทานเอง

5. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบมีขั้นตอน พบว่า ตัวแปรต้นที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นได้ร้อยละ 46.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($R^2 = .462, p < 0.05$)



รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2 ดังนั้น จึงสามารถสร้างสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในรูปแบบคะแนนดังนี้

ความร่วมมือในการใช้ยา = $-1.265 + 0.652 (\text{เพศ}) + 0.336 (\text{ระดับการศึกษา}) + 0.288 (\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรค}) - 0.135 (\text{ภาวะซึมเศร้า})$ จากสมการจะเห็นได้ว่า

เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย เท่ากับ 0.652

ระดับการศึกษาและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย เท่ากับ 0.336 และ 0.288 ตามลำดับ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย เท่ากับ -0.135

สร้างสมการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในรูปแบบมาตรฐานได้ดังนี้

$Z (\text{ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย}) = 0.346 (\text{เพศ}) + 0.424 (\text{ระดับการศึกษา}) + 0.510 (\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรค}) - 0.816 (\text{ภาวะซึมเศร้า})$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรทำนายกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์พหุคูณโดยวิธี Enter (N=67)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p
Constant	-1.265		-0.608	0.547
เพศ	0.652	0.346	2.139	0.038**
อายุ	0.140	0.172	0.945	0.350
ระดับการศึกษา	0.336	0.424	2.037	0.048**
อาชีพ	0.920	0.128	0.666	0.509
รายได้	-0.120	-0.163	-0.900	0.373
ความเพียงพอของรายได้	0.086	0.057	0.038	0.706
สิทธิการรักษา	-0.369	-0.277	-1.553	0.128
ความรุนแรงของโรค	0.279	0.510	0.546	0.558
จำนวนชนิดยา	-0.356	-0.296	-1.708	0.095
ความถี่ในการใช้ยา	0.331	0.243	1.356	0.183



ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p
การสูบบุหรี่	0.127	0.097	0.539	0.593
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-0.187	-0.315	-1.980	0.054
การรับรู้ความรุนแรง	0.288	0.510	2.100	0.042**
การรับรู้ประโยชน์	-0.121	-0.259	-1.066	0.291
การรับรู้อุปสรรค	0.010	0.069	0.466	0.643
ภาวะซึมเศร้า	-0.135	-0.816	-2.102	0.042**
การสนับสนุนทางสังคม	-0.024	0.213	1.354	0.183
และครอบครัว				
ความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับ	0.025	-0.177	-1.176	0.247
บุคลากรทางการแพทย์				
การรับรู้ความสามารถ	0.008	0.145	0.892	0.377
ตนเองของผู้ป่วย				
R=.680 R ² = .462 F=1.470 P<0.05				

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 62.70 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนข้อมูลด้านโรค ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค คำแนะนำด้านการใช้ยาและประเมินติดตามความร่วมมือในการใช้ยาส่งผลให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock, Strech & Becker (1988)⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีการแสดงออกของพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคเมื่อรับรู้ว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค และเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี เมื่อมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก

2. ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษาวิจัย พบว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบปัญหาการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งพบมากที่สุด ร้อยละ 38.10 รองลงมาคือ ปัญหาการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 33.40 ปัญหาการขาดนัด/ขาดยา ร้อยละ 14.30 และปัญหาการใช้ยาสุดพันผิดเทคนิค ร้อยละ 9.50 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย



โดยตรง ซึ่งนักทฤษฎี สถาพรนันท์⁽¹⁰⁾ สรุปว่า ผู้ป่วย เป็นปัจจัยหรือตัวแปรที่สำคัญยิ่งต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยจะมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ 1) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา) 2) ความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย และ 3) ความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนั้น เกษัณกรควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาและสอดคล้องกับแผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปรต้นที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 46.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($R^2 = 0.462, p < 0.05$) เพศ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยพบว่า เพศหญิงมีระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย อธิบายได้ว่า เพศหญิงมีความใส่ใจและมีการปฏิบัติตัวเคร่งครัดกว่าเพศชาย จึงทำให้เพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุช พัฒนจักร⁽³⁾ ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับการศึกษา มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาส่งผลต่อความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง จึงส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ช่วยชม, ชนกพร จิตปัญญา⁽⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลมชัก พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา จันทร์ใจ ชีราภรณ์ จันทร์ดา และอรสา พันธุ์ภักดี⁽²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค เอส แอล อี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร รุ่งสว่าง⁽⁵⁾ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ ว่า ถ้าขาดการพ่นยา/รับประทานยา รักษาโรคอาจทำให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงมากขึ้น จนอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การพ่นยา/รับประทานยาอย่างต่อเนื่องช่วยลดความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญของการพ่นยา/รับประทานยา ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ทำให้ไม่มีความสุข เกิดความรู้สึกท้อแท้



ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดการเอาใจใส่ต่อการฟื้นฟู/การรับประทายยา ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อจิตร⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับยาขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 154 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เภสัชกรควรประสานการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เรื่องโรค ความรุนแรงของโรคและการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์แหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ แพทย์หญิงจุฬณี สังเกตชน อายุรแพทย์ด้านระบบการหายใจและภาวะวิกฤตการหายใจ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผศ.ดร.ภญ.นิศารัตน์ ศิริวัฒนเมธานนท์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ให้ข้อเสนอแนะ และแนวคิดสำหรับการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://bps.moph.go.th>
2. กัญญา จันทร์ใจ ธีราภรณ์ จันทร์ดา และอรสา พันธักดี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทายยาของผู้ป่วยโรค เอส แอล อี. Rama Nurs Journal 2555;19: 60-71.
3. ชมพูนุช พัฒนจักร . ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;16(3):13-22.
4. จันทิมา ช่วยชม และชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลมชัก : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น . 2557; 5(2): 35-47.
5. ศศิธร รุ่งสว่าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2555: 6-23.



6. อิศริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อจิตร. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วารสารพยาบาลตำรวจ 2555;5(1):170-171.
7. นภารัตน์ อมรพุดิสภาพร 2564. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>.
8. สุธิศา ทองประสิทธิ์ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และนัยนา หนูนิล. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 9 : 773-784.
9. ดารารัตน์ จันทา ดร.ศิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ และดร.สมรภพ บรรหารักษ์. ภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดและถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://app.gs.kku.ac.th/gs/th/publicationfile/item/20th-ngrc-2019/MMO19/MMO19.pdf>
10. นันทลักษณ์ สถาพรนันทน์. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication Non Adherence) . วารสารไทยเภสัชนิพนธ์ .2555 :1-18.
11. Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. New England Journal of Medicine, 353 (5), 487- 497.
12. Becker, M. H.. The health belief model and personal health behavior. Health Education & Behavior. 1974; 1(11) :1-47.
13. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. . Social learning theory and the health belief model. Health Education & Behavior. 1988;15(2), 175–183.
14. J Bourbeau and S J Bartlett . Patient adherence in COPD. Thorax. 2008 Sep;63(9):831-8. doi: 10.1136/thx.2007.086041.
15. The Global Initiative for Obstructive Lung Disease (Gold 2021) for COPD Management. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.guidelinesinpractice.co.uk/educational-resources/webinars>.



ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

Effect of Fall Prevention Program Based on Health Belief Model and Social Support on Fall Prevention Behaviors among The Elderly in Kochan District Chonburi Province

Received: March 09, 2022

Revised: July 17, 2022

Accepted: July 18, 2022

โสภิตตา แสนวา¹, เอ็มอัชฌา วัฒนบุรานนท์², นิภา มหารัษฎพงศ์^{2*}

Sopitta Saenwa¹, Aimutcha Wattanaburanon², Nipa Maharachpong^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ที่มีอายุ 60-70 ปี สุ่มอย่างง่ายเลือก ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเกาะจันทร์เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองปรกฟ้าเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลในระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired samples t-test และ Independent samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มนี้ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม, โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม

¹ สาขาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Master of Public Health, Faculty of Public Health Burapha University

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding author E-mail: nipam@go.buu.ac.th



Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the effect of fall prevention program based on health belief model and social support on fall prevention behaviors among elderly in Kochan District, Chonburi Province. The study samples were elderly club members, aged 60-70 years. Simple random sampling was used to select elderly club as an experimental group of 30 people (Kochan Subdistrict Municipality elderly club) and a control group of 32 people (Prokfa Subdistrict Municipality elderly club). The experimental group received fall prevention program consisting of activities promoting the perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and barriers, self-efficacy and social support. Interviewing questionnaire were used to collect data in before the intervention, after the intervention and follow up between July to October 2021. Descriptive statistics and Inferential statistics were analyzed using Paired samples t-test, Independent samples t-test.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had a mean score on the health belief model, social support and fall prevention behaviors significantly higher than before the intervention ($p < .05$). And, the experimental group had significantly increased mean scores on social support scores and fall prevention behaviors higher than control group ($p < 0.05$).

The finding of this study could suggest that fall prevention programs based on health belief and social support enhance fall prevention behaviors in elderly. Therefore, this program could be adopted by health personnel to promote the fall prevention in the elderly.

Keyword: Elderly, Falling Prevention Program, Fall Prevention Behavior



บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบร่างกายตามความเสื่อมของอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะมีแนวโน้มพลัดตกหกล้มร้อยละ 28-35 และอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 32-42 ดังนั้น เมื่ออายุเพิ่มขึ้นความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มจะมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีโรคประจำตัว เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีปัญหาเรื่องการทรงตัว⁽¹⁾ ในประเทศไทย พบว่า การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 31.51 และร้อยละ 10.63 ตามลำดับ⁽²⁾ สาเหตุเกิดจากพื้นลื่น พื้นต่างระดับ สะดุดสิ่งกีดขวาง สูญเสียการทรงตัว และหน้ามืดวิงเวียน หลังจากพลัดตกหกล้มจะมีอาการฟกช้ำ อาการปวดหลังและรุนแรงจนกระดูกหัก⁽³⁾ ในปี 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มเข้ารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นจากปี 2559 ร้อยละ 29.50 โดยใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินวันละ 140 ครั้ง หรือ 50,000 ครั้งต่อปี และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 2 ราย⁽⁴⁾ ส่งผลให้กระดูกข้อสะโพกหักร้อยละ 20-30 มีอาการบาดเจ็บรุนแรงของสมอง ร้อยละ 5-10 มีการเสียชีวิตร้อยละ 3.50 และ สูญเสียความสามารถในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 25-75 ครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเสียชีวิตในหนึ่งปี และเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลต่อสุขภาพจิต ความเครียด ซึมเศร้า มีความทุกข์ทรมานอยากฆ่าตัวตาย⁽⁵⁾ ซึ่งสัมพันธ์กับการรักษาและค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น ครอบครัวต้องต้องหยุดงาน หรือค่าจ้างคนดูแล ประมาณการอาจสูงถึง 1,200,000 บาทต่อคนต่อปี⁽⁶⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เกิดจาก 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความชราภาพ หรือความเสื่อมทางด้านร่างกาย การเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การแต่งกายไม่เหมาะสม⁽⁷⁾ ขาดการออกกำลังกาย การเปลี่ยนอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง 2) ปัจจัยภายนอก ที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มคือ สิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน แนวทางส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จากการศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบประเด็นที่สำคัญ คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม⁽⁸⁾ การติดตามและประสานงานในชุมชนเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มด้วยการปรับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง⁽⁹⁾ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุจะเกิดพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มนั้น ต้องอาศัยแนวคิดและทฤษฎีมาประยุกต์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ให้สามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงภายในและปัจจัยเสี่ยงภายนอกอย่างมีส่วนร่วมและมีความต่อเนื่อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health belief model)⁽¹⁰⁾ ใช้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคล โดยมีความเชื่อว่าคนจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามที่แนะนำหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้และตระหนัก



ต่อการรับรู้ว่าคุณค่าจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้นั้นต้องอาศัยหลายปัจจัย ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ด้วยการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ร่วมกับการสร้างการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติว่ามีประโยชน์สูงสุด เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมกับส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติได้ โดยอาศัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่มากพอที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

แรงสนับสนุนทางสังคม(Social Support)⁽¹¹⁾ คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของรวมทั้งข้อมูลข่าวสารด้วยการแสดงความรู้สึกลงในทางที่ดี ด้วยการให้กำลังใจ คำแนะนำ การตักเตือน การสนับสนุนด้วยสิ่งของ รางวัล เงิน การอำนวยความสะดวก และการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติ ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ได้ตามความต้องการ รวมถึงเป็นแรงผลักดันเพื่อให้เกิดพฤติกรรม และมีความเชื่อมั่นในการดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ที่ผ่านมาการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มออกมาอย่างแพร่หลาย แต่อัตราการพลัดตกหกล้มในชุมชนยังพบอยู่มาก มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ร่วมกับทฤษฎีหรือแบบจำลองด้านพฤติกรรมสุขภาพกันมากขึ้น ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนใกล้ชิด⁽¹²⁾ เพราะจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹³⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และ อสม. รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมและป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรง



สนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเกาะจันทร์ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ราย

2) กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองปรกฟ้า อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี จำนวน 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 4) พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม 5 กิจกรรม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชมรมผู้สูงอายุงดจัดกิจกรรม ผู้วิจัยจึงได้ปรับรูปแบบการจัดกิจกรรมขึ้นภายใต้มาตรการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กลุ่มควบคุม ได้รับการจัดกิจกรรมตามปกติของชมรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

2) กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มฯ ภายใต้มาตรการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยแบ่งจัดกิจกรรม 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน ห้องประชุมเทศบาลตำบลเกาะจันทร์เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มการทดลอง (Pre-Test) รายละเอียดการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้ไหมใครเสี่ยงล้ม (30 นาที) ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ด้วย

(1) แบบประเมิน Thai-FRAT และ (2) ประเมินการทรงตัวด้วยวิธี (Time Up and Go Test : TUGT) ^(14, 15)



หลังจากนั้นใช้วิธีการสะท้อนความคิด(Reflection) ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อวิเคราะห์และชี้ให้กลุ่มทดลองเห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมปัจจุบันกับโอกาสของการลดทอนความเสี่ยงของตนเองและบันทึกผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเองลงในคู่มือที่แจก

กิจกรรมที่ 2 รู้อุปสรรค รู้ทัน ป้องกันล้ม (45 นาที) ใช้การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง (Demonstrating) เรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถ⁽¹⁵⁾ การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว^(15, 17)

กิจกรรมที่ 3 ล้มล้มพังล้มทั้งบ้าน (30 นาที) ใช้กรณีศึกษา(Case study) เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่และญาติในการถ่ายทอดเรื่องราวความรุนแรงและผลกระทบหลังจากพลัดตกหกล้มในบ้าน โดยให้ร่วมกันวิเคราะห์เหตุการณ์ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 4 มั่นใจว่าไม่ล้ม (30 นาที) ใช้การนำเสนอตัวแบบ(Modeling) คือ ตัวแทนกลุ่มทดลองออกมาเล่าถึงแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ได้ผลดี โดยเปิดโอกาสให้พูดคุยสอบถามในประเด็นที่สนใจ และการตั้งเป้าหมายด้วยการประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมที่ 5 เยี่ยมด้วยใจห่วงใยไม่ให้ล้ม (สัปดาห์ที่ 8-10) การเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและผลักดันให้ครอบครัว กลุ่มเพื่อน ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์รัก ห่วงใย เห็นอกเห็นใจด้วยการให้คำแนะนำหรือคำตักเตือนกันรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขและ อสม.ให้ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำต่างๆ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและรอบบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น ภายในบ้านมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น ข้าวของวางไม่เป็นระเบียบทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มได้ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเช่นกัน⁽¹⁸⁾ โดยกิจกรรมมีรายละเอียด ดังนี้

(1) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อเดือน (กรกฎาคม-สิงหาคม)

(2) การเยี่ยมบ้าน แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยจึงเลือกเยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่สมัครใจและผู้สูงอายุที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 แล้วเท่านั้น

หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ทางโทรศัพท์ในเดือนกันยายน พ.ศ.2564

หลังเสร็จสิ้นระยะการทดลอง 4 สัปดาห์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผล



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity) การหาความตรงของแบบสัมภาษณ์ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องและความชัดเจนของเนื้อหาและการใช้ภาษา นำมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) ที่ค่ามากกว่า 0.6

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข นำมาใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าบุญมี ตำบลท่าบุญมี อำเภอกะชังนทร์ จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์ ด้วย Cronbach's alpha coefficient ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.65 ถึง 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent samples t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 114/2563 เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มีอายุระหว่าง 60-64 ปี (ร้อยละ 66.7) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.7) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 56.7) ส่วนใหญ่ยังมีอาชีพ (ร้อยละ 63.3) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วย (ร้อยละ 53.3)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.4) มีอายุระหว่าง 60-64 ปี (ร้อยละ 53.1) มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 43.8) ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.4) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 46.9) ส่วนใหญ่ยังมีอาชีพ (ร้อยละ 62.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 59.4) มีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วย (ร้อยละ 59.4)

จากการใช้สถิติทดสอบ Chi-Square เพื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ภายในกลุ่มทดลอง

	n	$\bar{X}$	SD	t	p
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	30	59.50	7.075	-5.716	<0.001*
หลังการทดลอง	30	61.07	7.263		
หลังการทดลอง	30	61.07	7.263	5.719	<0.001*
ระยะติดตามผล	30	59.43	6.632		
แรงสนับสนุนทางสังคม					
ก่อนการทดลอง	30	20.57	3.839	-5.689	<0.001*
หลังการทดลอง	30	22.23	3.617		
หลังการทดลอง	30	22.23	3.617	2.164	0.039
ระยะติดตามผล	30	21.87	3.636		
พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม					
ก่อนการทดลอง	30	12.50	4.447	-7.943	<0.001*
หลังการทดลอง	30	16.47	3.441		
หลังการทดลอง	30	16.47	3.441	0.670	0.508
ระยะติดตามผล	30	16.17	2.854		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยในระยะติดตามผลน้อยกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	$\bar{X}$	SD	t	p
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ					
หลังการทดลอง				0.218	0.828
กลุ่มทดลอง	30	61.07	7.263		
กลุ่มควบคุม	32	61.47	7.229		
แรงสนับสนุนทางสังคม					
หลังการทดลอง				2.056	0.044*
กลุ่มทดลอง	30	22.23	3.617		
กลุ่มควบคุม	32	20.38	3.499		
พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม					
หลังการทดลอง				2.300	0.025*
กลุ่มทดลอง	30	16.47	3.441		
กลุ่มควบคุม	32	14.13	4.470		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ในขณะที่ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เช่นเดียวกับผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังการทดลองกับระยะติดตามผลค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่แตกต่างกัน
4. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน
5. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
6. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.7) อยู่แล้ว เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความเสี่ยงและแจ้งผลความเสี่ยงรายบุคคลให้ทราบ การให้ความรู้ผู้สูงอายุโดยเน้นการเรียนรู้จากตัวแบบบุคคลซึ่งเป็นคนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการพลัดตกหกล้ม และการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลัษณ์ คุ่มขวัญ และคณะ (2561)⁽⁷⁾ ที่ได้เสนอแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม ด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการให้ความรู้เรื่องผลกระทบและความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้



ถึงประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ เมืองศิริ (2561)⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ($p > 0.01$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของมานิตา รักศรี (2562)⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.3) และเพิ่มขึ้นในระชะติดตามผล (ร้อยละ 56.7) เพื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นมากกว่าด้านอารมณ์ โดยกิจกรรมของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มฯ ใช้การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุซึ่งมุ่งเน้นให้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. กลุ่มเพื่อน รวมถึงญาติที่จะช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก การมีส่วนร่วมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ด้วยการประเมินความเสี่ยงและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิตินา ทาสวรรณอินทร์ (2560)⁽²⁰⁾ พบว่า การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวรรณ สมตน (2556)⁽²¹⁾ ที่มีการสนับสนุนในการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความพร้อมและสมัครใจ เพื่อประเมินและกระตุ้นในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการใช้คำพูดในการชื่นชมหรือให้กำลังใจ

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มฯ ดีขึ้น และหลังการทดลองกับระชะติดตามผลพบว่า มีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.508$) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มฯ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำแถบสีหรือสัญลักษณ์พื้นต่างระดับและบันไดที่บ้านเลย ในส่วนของการปรับเปลี่ยนอิริยาบถจะยกขาจากพื้นด้วยทำขึ้นทางขาเล็กน้อยแล้วก้มลงไปยกหรือวางของที่พื้น โดยไม่ย่อขาและเข่า ทำให้ปวดหลังและปวดเข่าบ่อยครั้ง ไม่มีการจัดเก้าอี้สำหรับนั่งขับถ่าย /นั่งพักอาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้าในห้องน้ำห้องส้วม และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มฯ พบว่า พฤติกรรมดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเสี่ยงและผลกระทบของการพลัดตกหกล้มมากขึ้น กิจกรรมมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงของตนเองและความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยกระตุ้นผู้สูงอายุและครอบครัวให้ร่วมกันปรับปรุงสิ่งแวดล้อม



ในบ้านได้อย่างปลอดภัย ผู้สูงอายุมีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและรู้สึกมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น เลือกรอกกำลังกายที่สามารถทำได้เองคนเดียวที่บ้านได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของวิลวรรณ สมตน (2556)⁽²¹⁾ พบว่า การสร้างความตระหนัก การสนับสนุน การเสริมสร้างความสามารถ และการสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นการส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา ทาสวรรณอินทร์ (2560)⁽²⁰⁾ พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้สูงอายุ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้น

หลังการทดลองกับระยะติดตามผลพบ ผู้สูงอายุว่ามีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.508$) แต่มีแนวโน้ม ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการจัดกิจกรรมในชุมชนลดลง ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขลดการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ดังนั้น การกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต้องมีความต่อเนื่อง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองให้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุควรมีการจัดทำแผนงานและโครงการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มไปปรับใช้ในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนานขึ้น เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น เช่น มีระยะติดตามผล 3 เดือน หรือ 6 เดือนขึ้นไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (2) แรงสนับสนุนด้านการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการให้บริการและกระทำเพื่อช่วยเหลือ (3) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (4) แรงสนับสนุนทางด้านการสะท้อนความคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง เพื่อให้เกิดแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อไป
3. ศึกษาแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดการป้องกันและแก้ไขปัญหาในระยะยาว



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนอย่างดียิ่งตลอดมา และขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมทุกท่าน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Fact Sheet: Falls [Internet]. 2012. [Cited 2020 June 4]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558**. [วันที่เข้าถึง 1 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงจาก : http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/10/accidental_falls.pdf
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **สรุปแนวทางการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี พ.ศ.2559 : ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุข. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด.**
4. สรวณีย์ หนูชิต, ดนัย ชินคำ, ณัฐธิดา มาลาทอง, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และศรีเพ็ญ ดันติเวสส. (2560). **การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี:สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.**
5. วรณพร บุญเปล่ง, วศิรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ และ พัฒนา เศรษฐวัชรานิช. (2558). **อัตราและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุชุมชนริมแม่น้ำเจ้าพระยาจังหวัดนนทบุรี.**Journal of Nursing Science. 33(3),75-86.
6. นิพา ศรีช้าง และ ลวิตรา กำวี. (2560). **รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 - 2564. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.**
7. เขียวลักษณ์ คูมขวัญ และคณะ (2561). **แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ: บริบทของประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.**
8. ละออม สร้อยแสง, จิรายุทธ คมพยัคฆ์ และ กนกพร นทีชนสมบัติ. (2557). **การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา.วารสารพยาบาลทหารบก.15,(มกราคม-เมษายน):122-128.**



9. ปรีศนา รณสีดา. (2561). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารสภาวิชาชีพ. 11 (กรกฎาคม-ธันวาคม):15-25.
10. วิทยา วาโย. (2560). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(2), 25-33.
11. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison- Wesley.
12. เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลลำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 12(2), 141-147.
13. ยุวดี รอดจากภัย. (2561). แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11(1), 162-167.
14. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, Jitapunkul S. Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) Developed for Community-Dwelling Thai Elderly. Journal of the Medical Association of Thailand 2008; 91(12):1823-1832.
15. ชีรภัทร อัดวินิจตระการ. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5, 38(4), 288-298.
16. มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, & เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ. (2562). ผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ, 12(2), 134-150.
17. ยากันดั้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มสพส.). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
18. สุทธิวรร เขตคาม. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11(2), 389-398.
19. กนกวรรณ เมืองศิริ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร, 25(4).
20. ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ. (2559). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
21. วิลาวรรณ สมตน. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(3). 58-70.



การจัดการภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

MANAGEMENT OF XEROSTOMIA IN ELDERLY PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Received: March 12, 2022

Revised: July 19, 2022

Accepted: July 22, 2022

ณฐิตา อยู่ขำ^{1*}

Nathita Yookhum^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการภาวะปากแห้งร่วมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 154 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการจัดการด้วยแบบสอบถามวัดระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง (Xerostomia Inventory)

ผลการศึกษาพบ ความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 33.12 มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงจากแบบประเมินภาวะปากแห้ง (Xerostomia Inventory) 21.98 (SD=3.40) คะแนน หลังจาก 2 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะปากแห้งต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนการจัดการภาวะปากแห้งลดลงเท่ากับ 5.70 คะแนน (95%CI; 4.20, 7.20)

ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์และความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่ละวิธีเพื่อนำผลมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลและแนะนำผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, เบาหวาน, ภาวะปากแห้ง, การจัดการภาวะปากแห้ง

¹ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Dental department Roi-et hospital

*Corresponding author E-mail: nathitanathita@gmail.com



Abstract

This study was a research and development study among 154 elderly people with diabetes who attended dental clinics at Ban Mat Subdistrict Health Promoting Hospital. The objective of this study was to study the effect of massage for stimulates salivary glands in elderly people with diabetes.

The results revealed that the prevalence of dry mouth among the elderly with diabetes was 51 person 33.12%, with mean severity scores from the Xerostomia Inventory Scale 21.98 (SD=3.40). Scores: After 2 months of the dry mouth management process with salivary gland massage, the subjects had a statistically significantly lower dry mouth score than before the trial ($p<0.001$), with a 5.70 reduction in the dry mouth management (score 95%CI; 4.20, 7.20).

Further studies on factor, outcomes and patient satisfaction with each approach should be undertaken to determine the effect. come as a guideline for planning care

Keywords: Elderly, Diabetes mellitus, Xerostomia, Management of xerostomia



บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการเผาผลาญ เนื่องมาจากการขาดอินซูลินและ/หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากเซลล์ของตับอ่อนทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกาย หากเป็นโรคในระยะเวลาอันยาวนานจะทำให้เกิดการทำลายและมีผลเสียต่อหลายอวัยวะ⁽¹⁾ อาการหลักที่สำคัญ ได้แก่ บัซสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย หิวบ่อย รับประทานจุ แต่ น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย มีการอักเสบของผิวหนัง หรือเป็นแผลง่าย เพราะน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวที่จะต้านทานเชื้อโรคลดลง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกและสถาบันโรคเบาหวานนานาชาติคาดว่า ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 366 ล้านคน โดยร้อยละ 60.00 เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชีย^(1,2) สำหรับประเทศไทยพบ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน^(1,5) โรคเบาหวานที่พบมากที่สุด ในคนไทย คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus, T2DM) ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ในทำนองเดียวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเกิดภาวะแทรกซ้อน ในช่องปาก เช่น โรคปริทันต์ โดยจะมีความรุนแรงมากกว่าคนปกติ^(1,6) อาจมีอาการปวดแสบ ร้อนในช่องปาก โรคเชื้อราในช่องปาก^(6,7) รวมถึงภาวะปากแห้งก็เป็นอาการหนึ่งซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน และเมื่อเกิดแล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดการภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับการนวดกระตุ้นต่อมน้ำลายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

การทบทวนวรรณกรรม

ภาวะปากแห้ง (Xerostomia)⁽⁸⁾ เป็นความรู้สึกถึงอาการปาก คอแห้ง ไม่สุขสบาย กลืนอาหารลำบาก มักมีความสัมพันธ์กับปริมาณของน้ำลายที่มีอยู่ในช่องปากที่มีภาวะปากแห้งส่วนใหญ่จะมีน้ำลายน้อยซึ่งจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพช่องปาก อาจมีความรู้สึกแสบร้อนภายในปาก กลืนลำบาก มีกลิ่นปาก และมีปัญหาการยึดอยู่ของฟันปลอมในช่องปาก ทั้งนี้ อาจพบการติดเชื้อรา การมีภาวะปากแห้งจึงอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ พบความชุกของภาวะปากแห้งประมาณร้อยละ 12.0-30.0 ของประชากรทั้งหมด พบได้มากในผู้สูงอายุ^(8,9) และเพิ่มขึ้นเมื่อมีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน สาเหตุอาจมาจากการบริโภคยา หรือภาวะของโรคเบาหวานเอง ความชุกภาวะปากแห้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 53.5⁽¹⁰⁾ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเบาหวานพบ ความชุกภาวะปากแห้ง ร้อยละ 42.5⁽¹⁰⁾ จังหวัดร้อยเอ็ดมีการศึกษา



ภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มที่มีโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะมีภาวะปากแห้งได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว⁽⁸⁾ จากการตรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุที่มารับบริการพบว่า ผู้สูงอายุหลายรายมีปัญหาสุขภาพช่องปาก และความไม่สุขสบายจากภาวะปากแห้ง โดยเฉพาะในรายที่มีโรคประจำตัวเบาหวานร่วมด้วย สำหรับการจัดการดูแลภาวะปากแห้ง อาจทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค การลดปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้ป่วยจิบน้ำ หรือบ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำเปล่า กินอาหารที่มีน้ำมากขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม รสเผ็ด งดบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์หรือมีรสเข้มข้น การใช้สารกระตุ้นหรือใช้สารทดแทนน้ำลาย เช่น น้ำลายเทียม ใช้น้ำชุ่มปากการบำบัดด้วยยา (เช่น พิโลคาร์ปีน) อย่างไรก็ตามการบำบัดด้วยยาอาจมีผลข้างเคียงและข้อห้ามต่างๆ^(9,10) การνωดต้อมน้ำลายเป็นอีกวิธีที่มีการศึกษาว่าช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำลาย⁽⁸⁾ ผู้วิจัยจึงต้องการทำการศึกษานวทางการจัดการภาวะปากแห้งร่วทกับการνωดกระตุ้นต้อมน้ำลายเพื่อให้ทราบและนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางวางแผนในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาผลของการจัดการภาวะปากแห้งร่วทกับการνωดกระตุ้นต้อมน้ำลายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 สํารวจความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
2. ระยะที่ 2 ศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร แนวคิด งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁹⁻¹⁷⁾ เพื่อนำไปสู่ร่างแนวทางการจัดการภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
3. ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการจัดการภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วทกับการνωดกระตุ้นต้อมน้ำลาย โดยการวิจัยขั้นนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต เดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2564 จำนวน 226 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวาน อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการตรวจรักษาด้วยโรคเบาหวานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ 2) ผู้ที่เป็นโรคกลุ่มอาการโง่กรน 3) ผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์และหรือผู้ป่วยที่กินยาขับน้ำลายมาภายใน 7 วันก่อนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)



การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ Umawadee⁽²⁰⁾ ซึ่งศึกษาสุขภาพช่องปากในคนที่เป็โรคทางระบบพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความชุกของภาวะปากแห้งร้อยละ 42.5 ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Wayne W.D.⁽²¹⁾ 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 = จำนวนประชากร 226 คน α = ความผิดพลาดจากการสุ่มตัวอย่าง (0.05) p = ค่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้ง เท่ากับ 0.425⁽²⁰⁾ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 142 คน เก็บข้อมูลเพิ่มกรณีที่มีผู้เข้าร่วมถอนตัวหรือออกจากกรวิจัย (ร้อยละ 10 เท่ากับ 15 คน กลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการศึกษา 3 คน) รวมกลุ่มตัวอย่าง 154 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
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 ข้อ จะวินิจฉัยว่ามีภาวะปากแห้ง⁽⁶⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบประเมินภาวะปากแห้ง (XI) = 0.786

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะปากแห้ง (XI score) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired Samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ RE078/2563 วันที่ 25 ธันวาคม 2563



ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สํารวจความชุกของภาวะปากแห้ง

คุณลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 154 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 66.23 อายุระหว่าง 60-98 ปี อายุเฉลี่ย 64.75 ± 7.179 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 98 ปี การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.26 มัธยมขึ้นไป ร้อยละ 9.74 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.66 สูบบุหรี่ ร้อยละ 24.41 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.98 รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะประชากร จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	33.77
หญิง	102	66.23
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	139	90.26
มัธยมขึ้นไป	15	9.74
อาชีพ		
เกษตรกร	135	87.66
อื่นๆ	19	12.34
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	117	75.59
สูบบุหรี่	37	24.41
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	114	74.02
ดื่มแอลกอฮอล์	39	25.98

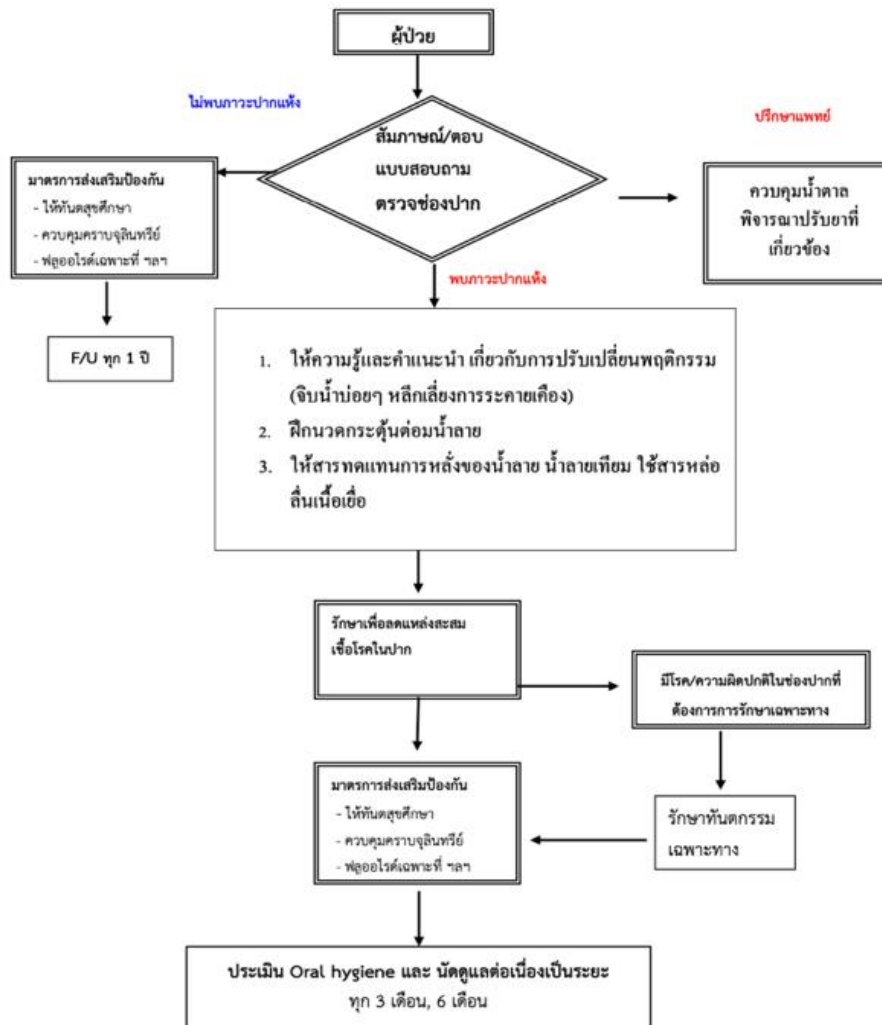
ผลการศึกษา ภาวะปากแห้ง (Xerostomia Inventory) ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีภาวะปากแห้ง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 33.12 มีคะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินภาวะปากแห้ง (XI score) เท่ากับ 21.98 (3.40) และมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 18 – 29 คะแนน (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 แสดงความชุกและคะแนนจากแบบประเมินภาวะปากแห้ง (XI score) (N = 154)

ภาวะปากแห้ง	ความชุก		คะแนน (XI score)		
	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	$\bar{X}$	SD
ไม่มีภาวะปากแห้ง	103 (66.88)	0.00	11.00	8.30	4.60
มีปากแห้ง	51 (33.12)	18.00	29.00	21.98	3.40
รวม	154				

ระยะที่ 2 รูปแบบการพัฒนาแนวทางจัดการภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ร่างแนวทางการจัดการผู้ป่วยภาวะปากแห้ง



ระยะที่ 3 การทดลองแนวทางการจัดการภาวะปากแห้งร่วมกับการกระตุ้นต่อมน้ำลาย

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะปากแห้งจำนวน 51 ราย ที่ได้รับการฝึกฝนกระตุ้นต่อมน้ำลายโดยแนะนำให้ดื่มน้ำก่อนรับประทานอาหาร ตำแหน่งต่อมน้ำลาย ให้วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้ที่แก้มแล้วหมุนแถวๆ ฟันกรามบน วนจากข้างหลังมาข้างหน้า นับ 1-10 ต่อมาได้คาง วางนิ้วโป้งทั้ง 2 ข้างตรงส่วนนูนใต้กระดูกคาง กดตั้งแต่ได้หู มายังใต้คางประมาณ 5 ตำแหน่งๆ ละ 5 ครั้ง ต่อมาได้ลิ้น วางนิ้วโป้งทั้ง 2 ข้างกดลงบริเวณลิ้นใต้คาง 10 ครั้ง และให้ผู้ป่วยนวดที่บ้านทุกเช้าเป็นเวลา 2 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะปากแห้ง 16.27 ± 4.57 ต่ำกว่าก่อนการทดลองซึ่งมีค่าเฉลี่ย 21.98 ± 3.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะปากแห้ง ลดลงเท่ากับ 5.70 คะแนน (Mean = 5.70) (95%CI; 4.20, 7.20) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (SD)	Mean difference	95% CI	p
XI score ก่อน	51	21.98(3.40)	5.70	(4.20, 7.20)	$0 < .001^*$
หลัง	51	16.27(4.57)			

$p < 0.05$, Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

หลังจากกระบวนการจัดการภาวะปากแห้ง 2 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะปากแห้งต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งก่อนการทดลองเท่ากับ 21.98 (3.40) คะแนน ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งก่อนการทดลองเท่ากับ 16.27 (4.57) คะแนน

อภิปรายผลการวิจัย

ในผู้ป่วยเบาหวานมักพบว่า มีภาวะปากแห้งสูงขึ้น^(10,19) ทันตบุคลากรควรตระหนัก และมีแนวทางการจัดการภาวะปากแห้งและดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกัน ชะลอ และลดความรุนแรงของผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้น 4 เป้าหมาย ดังนี้ การรักษาความสะอาด การเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก การป้องกันและจัดการผลข้างเคียงที่เกิดจากภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย เช่น ฟันผุ การติดเชื้อในช่องปาก



ภาวะปากแห้งในผู้ที่เป็โรคเบาหวานนั้นไม่ได้มีการทำลายของต่อมน้ำลาย ดังนั้น การรักษาจึงเน้นไปที่การบรรเทาอาการและการใช้สารเฉพาะที่ การศึกษาครั้งนี้ จึงได้จัดการภาวะปากแห้งโดยการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร น้ำ และดื่ดน้ำจืดส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง ร่วมกับการนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Raj BT และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการออกกำลังกายช่องปาก เช่น การนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย พบว่า อาการปากแห้งจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการออกกำลังกายด้วยช่องปาก และการทดลองของ Ibayashi H และคณะ⁽²³⁾ ซึ่งทำการศึกษาในญี่ปุ่น พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายของช่องปากช่วยให้คะแนนเฉลี่ยของอัตราการไหลของน้ำลายที่ไม่ถูกกระตุ้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $P < 0.01$ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในเรื่องการออกกำลังกายช่องปาก การนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย เช่น การศึกษาของ Weerapong D⁽²⁴⁾ และผลการวิจัยของ Nam และ Uhm⁽²⁵⁾ แสดงให้เห็นว่าอาการปากแห้งลดลง การทำงานของมอเตอร์ในช่องปากดีขึ้น การหลั่งน้ำลายเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุม

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือเราทำการทดสอบกลุ่มเดียวและใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเท่านั้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับความถูกต้องของข้อมูล แต่การใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานอาจลดปัญหาให้เหลือน้อยที่สุด นอกจากนี้ ผลการศึกษาอาจไม่ครอบคลุมถึงประชากรสูงอายุหรือผู้มีโรคประจำตัวเบาหวานทั้งหมด เนื่องจากรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มศึกษาที่ไม่มีกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การดูแลรักษาผู้ที่มีอาการปากแห้งน้ำลายน้อยควรเริ่มจากการหาสาเหตุและหาแนวทางการกระตุ้นเพื่อเพิ่มการหลั่งของน้ำลาย มีการวิจัยที่พบว่า การจัดการโดยวิธีให้คำแนะนำ สามารถลดอาการปากแห้งได้โดยการปรับแก้ที่สาเหตุที่มา จากยาอาจจะแก้ไขโดยการปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับลด ขนาดยาหรือเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน แต่มีผลต่อต่อมน้ำลายน้อยกว่ารวมถึงการให้คำแนะนำที่ดีก็สามารถบรรเทาอาการปากแห้งได้ อาทิ การดื่มน้ำบ่อยๆ การกินอาหารที่มีความชื้นสูง หลีกเลี่ยงบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งมักเกิดฟันผุได้ง่าย⁽¹⁵⁾ การดูแลช่องปากในผู้มีภาวะปากแห้งจึงควรเน้นการป้องกันในเรื่องของฟันผุด้วย การจัดการภาวะปากแห้งจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาพัฒนาและปรับใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มอื่นที่มีภาวะปากแห้งได้ต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW. The relationship between oral health and diabetes mellitus. J Am Dent Assoc. 2008 Oct;139 Suppl:19S-24S.
2. Lin J, Thompson TJ, Cheng YJ, Zhuo X, Zhang P, Gregg E, et al. Projection of the future diabetes burden in the United States through 2060. Population Health Metrics 2018; 16: 9. doi:10.1186/s12963-018-0166-4.
3. Wild S, Roglic G, Sicree R, King H, Green A. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27: 1047-53.
4. วรณภรณ์ จงกลาง, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564. หน้า 71-82.
5. นุจิพารณ์ ศิริไมย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม หน้า 57-70.
6. Poskerová H, Linhartová PB, Hollá LI. Oral diseases in diabetic patients. Vnitr Lek. 2019 Spring;65(4):314-320. English. PMID: 31091953.
7. Mauri-Obradors E, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, Viñas M, López-López J. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017 Sep 1;22(5):e586-e594. doi: 10.4317/medoral.21655. PMID: 28809366; PMCID: PMC5694181.
8. ณัฐตา อยู่ขำ. ความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2565. หน้า 129-141
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254322/175113>.
9. Molania T, Alimohammadi M, Akha O, Mousavi J, Razvini R, Salehi M. The effect of xerostomia and hyposalivation on the quality of life of patients with type II diabetes mellitus. Electron Physician. 2017 Nov 25;9(11):5814-5819. doi: 10.19082/5814. PMID: 29403624; PMCID: PMC5783133.
10. López-Pintor RM, Casañas E, González-Serrano J, Serrano J, Ramírez L, de Arriba L, Hernández G. Xerostomia, Hyposalivation, and Salivary Flow in Diabetes Patients. J Diabetes Res. 2016;2016:4372852. doi: 10.1155/2016/4372852. Epub 2016 Jul 10. PMID: 27478847; PMCID: PMC4958434.



11. Sandberg, G. E., Sundberg, H. E., & Wikblad, K. F. (2001). A controlled study of oral self-care and self-perceived oral health in type 2 diabetic patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, 59(1), 28-33.
12. Samnieng, P., Ueno, M., Shinada, K., Zaitu, T., Wright, F. A., & Kawaguchi, Y. (2012). Association of hyposalivation with oral function, nutrition and oral health in community-dwelling elderly Thai. *Community Dent Health*, 29(1), 117-23.
13. Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc* 2007; 138: S15-20.
14. Tanasiewicz M, Hildebrandt T, Obersztyn I. Xerostomia of various etiologies: A review of the literature. *Adv Clin Exp Med* 2016;25: 199-206.
15. Gupta A, Epstein JB, Sroussi H. Hyposalivation in elderly patients. *J Can Dent Assoc* 2006; 72(9): 841-6.
16. Frydrych AM. Dry mouth: Xerostomia and salivary gland hypofunction. *Aust Fam Physician* 2016; 45:488-92.
17. Gil-Montoya JA, Silestre FJ, Barrios R, Silvestre-Rangil J. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2016; 21: e355-66.
18. Miranda-Rius J, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Farre M. Salivary secretory disorders, inducing drugs and clinical management. *Int J Med Sci* 2015; 12:811-24.
19. Plemons JM, Al-Hashimi I, Marek CL. Managing xerostomia and salivary gland hypofunction: executive summary of a report from the American Dental Association Council on scientific affairs. *J Am Dent Assoc* 2014; 145:867-73.
20. Chomkhakhai, U., Thanakun, S., Khovidhunkit, S. O. P., Khovidhunkit, W., & Thaweboon, (2009). Oral health in Thai patients with metabolic syndrome. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 3(4), 192-197.
21. Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
22. Raj BT, Sreelekha B, Manjula A. Effectiveness of oral exercise on oral function among the elderly. *J Family Med Prim Care*. 2020 Apr 30;9(4): 1896-1903.



23. Ibayashi H, Fujino Y, Pham TM, Matsuda S. Intervention study of exercise program for oral function in healthy elderly people. *Tohoku J Exp Med.* 2008; 215:237–45. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
24. Weerapong D, Hume PA, Kolt GS. The mechanism of message and effect of performance, muscle recovery and injury prevention. *Sports Med.* 2005; 35:235–56. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
25. Nam M, Uhm D. A comparative study of the effects of intra and extra circumoral exercise for older people on oral health at nursing homes: A non-equivalent trial. *J Adv Nurs.* 72:2114–23. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]



การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

THE DEVELOPMENT OF POSTPARTUM MOTHER AND INFANT HEALTH CARE MODEL USING LOCAL WISDOM IN CHAIYAPHUM PROVINCIAL ADMINISTRATIVE ORGANIZATION

Received: February 22, 2022

Revised: July 19, 2022

Accepted: July 23, 2022

จิรัชญา เหล่าคมพุดตาจารย์¹, ธิตีรัตน์ เหล่าคมพุดตาจารย์^{2*}

Jiratchaya Laokhompruttajan¹, Thitirat Laokhompruttajan^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอดและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 682 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม 625 คน และผู้ให้ข้อมูล ที่ได้รับการสัมภาษณ์ 57 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามวิธีการของ Colaizzi 7 ขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า (1) การปฏิบัติกิจกรรมด้านการดูแลตนเองของมารดาในระยะหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.77$, $SD = 0.21$) (2) องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วย การอยู่ไฟ การอาบน้ำสมุนไพร การเข้ากระโจมสมุนไพร การประคบสมุนไพร การนวดมือนวดเท้า การนวดบำบัด การรับประทานอาหารสมุนไพร การดื่มน้ำสมุนไพร และการดูแลสุขภาพทารกด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น และ (3) รูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดแบบองค์รวม โดยการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับการดูแลด้วยแผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาารูปแบบ, การดูแลสุขภาพ, มารดาและทารกหลังคลอด, ภูมิปัญญาท้องถิ่น

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

² คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Faculty of Political Science, Chaiyaphum Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: thitirat1115@gmail.com



Abstract

This research proposed to study self-care practices using local wisdom among postpartum mothers and developed of postpartum mother and infant health care model using local wisdom in Chaiyaphum provincial administrative organization. The study used mixed methods approach: qualitative and quantitative research design. The sample group consisted of 682 people, divided into a group of 625 were asked to answer the questionnaire and 50 informants were interviewed. The research instruments were the questionnaire and the semi-structured interview. Data collection period were 3 months. Data were analyzed by using the descriptive statistics and the qualitative data were analyzed by content analysis based on the Colaizzi's seven-step method.

The results showed that; (1) the self-care practices using local wisdom of postpartum mother was at high level ($M= 3.77$, $S.D. 0.21$). (2) The knowledge of postpartum mother and child health care using local wisdom was consisted of lying on the fire, taking herbal baths, herbal tent, herbal compress, baking the salt pot, eating herb, drinking herb and the infant health care using local wisdom. (3) The mother's health and non-traditional holistic care model adopt the effective combination of local wisdom and modern care.

Keywords: The development model, health care, postpartum mother and infant, the local wisdom



บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดมาตรฐานการผดุงครรภ์เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และให้การดูแลมารดา ทารกหลังคลอดตามวัฒนธรรมและประเพณีในสังคมนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁾ เน้นการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานในการดูแลมารดาทารกหลังคลอด เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมองค์รวม อันได้แก่ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ⁽²⁾ โดยใช้องค์ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษหรือเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง มาใช้ในการดูแลสุขภาพ ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีของบุคคลในท้องถิ่น⁽³⁾ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁴⁾

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด เป็นสิ่งที่ยึดถือและปฏิบัติกันมาจนถึงปัจจุบัน โดยการประยุกต์ให้มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปได้แก่ การรับประทานอาหารสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนม ไม่รับประทานของแสลง การใช้สมุนไพรหรือการอยู่ไฟด้วยวิธีต่างๆ เช่น การประคบสมุนไพร การนึ่ง การนวด การทาบหม้อเกลือ การนวดไทย การอบไอน้ำสมุนไพร การเข้ากระโจม และการใช้ยาสมุนไพรกระตุ้นน้ำนม⁽⁵⁾ รวมทั้งการใช้คาถาศักดิ์สิทธิ์ เพื่อป้องกันสิ่งเลวร้าย การดูแลขวัญ ซึ่งเป็นศูนย์กลางของชีวิตและการให้ความสำคัญของรก ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือด แนวทางเหล่านี้เป็นการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษและประสบการณ์ตรงจากปราชญ์ชาวบ้าน⁽⁶⁾ ผลจากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าสภาพสังคมในปัจจุบันจะมีการเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด แต่ความเชื่อและแนวทางการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ยังคงมีอยู่ในสังคมของไทย โดยเฉพาะสังคมชนบทและในจังหวัดชัยภูมิ ก็เช่นเดียวกัน

จังหวัดชัยภูมิ มีกลุ่มชาติพันธุ์หลักๆ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ชาวลาว (ลาวเวียง,ลาวเวียงจันทน์) 2) ชาวไทแดงไทเบ็ง หรือไทโคราช 3) ชาวไทคอนสารหรือลาวหลวงพระบาง และ 4) ชาวนุ้ยกูหรือไทบน⁽⁷⁾ ซึ่งมีความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาในอดีตจากบรรพบุรุษ และยังคงยึดถือปฏิบัติจนถึงปัจจุบัน ที่เห็นเด่นชัดคือ การอยู่ไฟ โดยจะครอบคลุมทุกกิจกรรมในการดูแล เช่น การนอนข้างกองไฟ ดื่มน้ำต้มสมุนไพรอุ่น ใช้อัฐเฒ่าไฟให้แดงเอาน้ำราดแล้วห่อมาประคบหน้าท้องให้ท้องยุบ การนวดหลังคลอด การทาบหม้อเกลือและการประคบสมุนไพร รวมทั้งการบายศรีสู่ขวัญและการใช้คาถาเรียกขวัญ เป็นต้น⁽⁸⁾ จึงกล่าวได้ว่า จังหวัดชัยภูมิเป็นผู้นำด้านการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด ด้วยองค์ความรู้ด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังนั้น การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จึงเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและรูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดที่มีความหลากหลาย ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ตามแนวคิด ของ Kleinman⁽⁹⁾



ที่ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพตามวัฒนธรรมของสังคมที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพแบบสามัญชน การดูแลสุขภาพของวิชาชีพและการดูแลสุขภาพตามหลักแพทย์พื้นบ้าน เพื่อเป็นการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอดให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและ วัฒนธรรมของชุมชนอันดามันสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

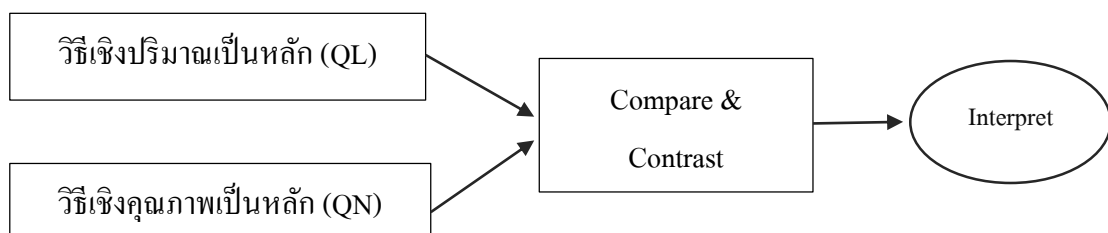
1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอด ในเขตองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเขต องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาของ Kleinman⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า ระบบสุขภาพเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคม ประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบ การดูแลสุขภาพของสามัญชน (Popular sector of health care) ระบบการดูแลสุขภาพของวิชาชีพ (Professional sector of health care) และระบบการดูแลสุขภาพของแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector of health care) โดยแต่ละระบบมีแนวทางที่แตกต่างกันในแต่ละด้าน อันได้แก่ การตัดสินใจ การให้ ความหมายของ ความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อและการรักษา⁽³⁾ การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดด้านการ ดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่เกิดจากวัฒนธรรมและความเชื่อของชุมชนท้องถิ่น ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ซึ่งสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชนนั้นๆ และ ทดลองใช้ ในประสบการณ์จริงจนเกิดเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mixed Methods Research) โดยมีแบบแผนการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แบบแผนการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอด จำนวน 2,060 ราย และบุคคลสำคัญ ได้แก่ ปราชญ์ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทย ที่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 96 คน⁽¹⁰⁾

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Thorndike⁽¹¹⁾ จากสถิติการคลอดในแต่ละตำบล ในปี พ.ศ. 2563 จากประชากรทั้งสิ้น 2,060 ราย⁽¹⁰⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 625 ราย และทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi stage random sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ได้แก่ มารดาหลังคลอดปกติหรือได้รับการช่วยเหลือด้วยสูติศาสตร์หัตถการ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงภายหลังคลอดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ (2) เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด เช่น การตกเลือดและติดเชื้อ เป็นต้น และไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จากการกำหนดคุณสมบัติ (Criteria sampling) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีการดำเนินการดูแลมารดาและทารก หลังคลอด โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) มีความสมัครใจ จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความพอเพียงของข้อมูล โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ตำบลละ 3 คน จำนวนรวม 57 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่

1. แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 53 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ และการดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นในระยะหลังคลอด 9 ด้าน จำนวน 45 ข้อ
2. แบบบันทึกการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิธีการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ แบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทำการปรับแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ นำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรง เชิงเนื้อหา (IOC) ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.60 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และนำมาหาค่า ความเที่ยง (Reliability) ได้ค่า Cronbach Alpha Coefficient เท่ากับ 0.85 สำหรับเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ได้นำไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำมาปรับแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะ



ทำการศึกษา 5 ราย ทบทวนปรับแก้ไขเพิ่มเติมข้อคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ (richness of data) จึงนำไปใช้กับผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามก่อน ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามความสมัครใจ โดยการแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยภาษาท้องถิ่น เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่เพียงพอ หลังจากนั้นผู้เขียนรายงานการบันทึกภาคสนาม ทำการถอดเทป แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล หากคำตอบยังไม่ชัดเจน จะสัมภาษณ์ในครั้งที่สอง จนได้ข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา 7 ขั้นตอนของ Colaizzi⁽¹²⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย โดยการให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ภายหลังชี้แจงแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) และงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 018/2563 ให้ไว้ ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุเฉลี่ย 24.15 ปี (S.D. 6.45) ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 40.65 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ร้อยละ 34.72 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.32 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.05 และเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 77.75

1.2 แหล่งความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด พบว่าส่วนใหญ่ได้รับความรู้มาจากญาติ/เพื่อน/เพื่อนบ้าน/คนในชุมชน ร้อยละ 50.85 รองลงมาคือจากอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ และเรียนรู้ด้วยตนเอง ร้อยละ 18.73, 17.77 และ 12.65 ตามลำดับ



1.3 เหตุผลที่เลือกใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดเพื่อฟื้นฟูร่างกายจากการคลอดบุตร ร้อยละ 57.85 รองลงมา คือ ตามคำแนะนำของครอบครัว ร้อยละ 26.88 และมีความสนใจในศาสตร์ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ร้อยละ 15.27

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเองระยะหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็น หรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเองระยะหลังคลอด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.77$, $S.D. = 0.21$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองระยะหลังคลอด ($N = 682$)

การปฏิบัติกิจกรรมรายด้าน	ระดับความคิดเห็น		ระดับ
	M	SD	
1. การอยู่ไฟ	3.66	1.07	มาก
2. การอาบน้ำสมุนไพร	3.80	1.11	มาก
3. การเข้ากระโจมสมุนไพร	4.11	0.94	มาก
4. การประคบสมุนไพร	3.72	1.08	มาก
5. การนวดหม้อเกลือ	3.34	1.12	ปานกลาง
6. การนวดบำบัด	3.77	1.04	มาก
7. การรับประทานอาหารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ	3.94	0.98	มาก
8. การดื่มน้ำสมุนไพร	3.72	1.08	มาก
9. การดูแลทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น	3.85	1.06	มาก
ภาพรวม	3.77	0.21	มาก

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 57 ราย อายุต่ำสุด 60 ปี และสูงสุด 90 ปี เป็นเพศหญิง 37 ราย เพศชาย 20 ราย มีประสบการณ์ในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพสูงสุด 47 ปี และต่ำสุด 25 ปี โดยข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น

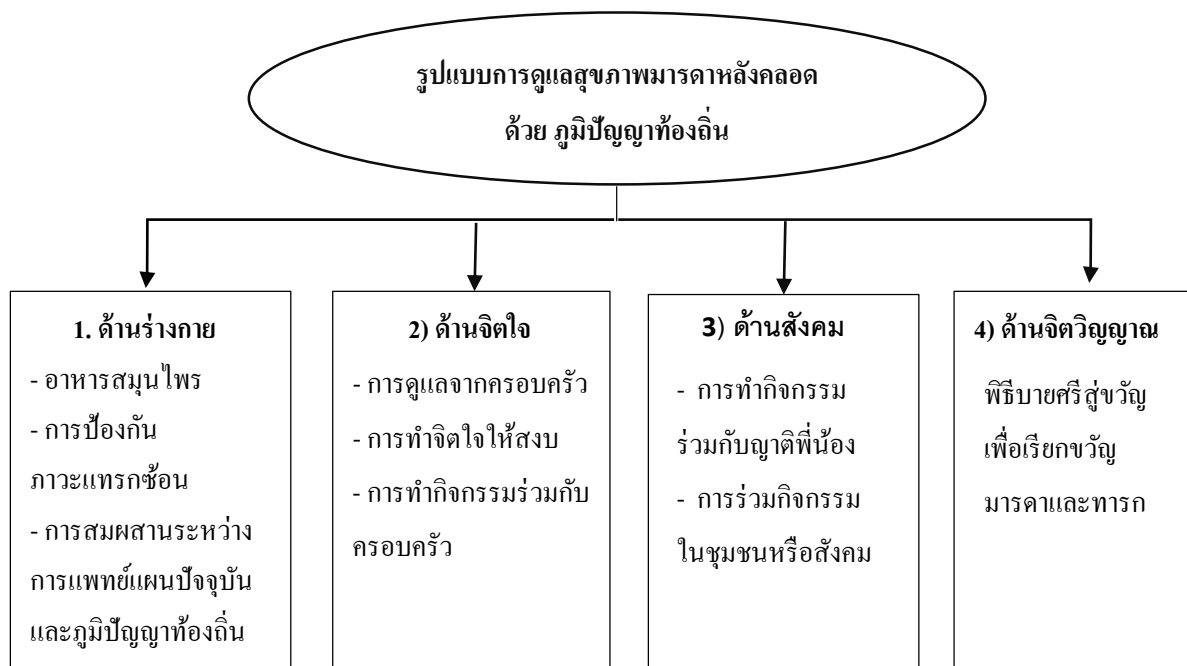
องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ (1) การอยู่ไฟ ช่วยให้ร่างกายอบอุ่น ขับน้ำคาวปลา มดลูกเข้าอู่เร็ว แผลฝีเย็บแห้งเร็วและช่วยฆ่าเชื้อด้วยความร้อน (ผู้ให้ข้อมูล อายุ 82 ปี) (2) การอาบน้ำสมุนไพร ช่วยขับน้ำคาวปลา มดลูกเข้าอู่เร็ว ผิวพรรณเปล่งปลั่ง และกระตุ้นการไหลเวียน (ผู้ให้ข้อมูล อายุ 79 ปี) (3) การเข้ากระโจมสมุนไพรช่วยให้แม่หลังคลอดแข็งแรง กระตุ้นการไหลเวียนและผิวพรรณเปล่งปลั่ง



(ผู้ให้ข้อมูล อายุ 82 ปี) (4) การประคบสมุนไพร ทำควบคู่กับการอยู่ไฟช่วยให้แม่หลังคลอดแข็งแรงและมดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น (ผู้ให้ข้อมูล อายุ 80 ปี) (5) การนวดหม้อเกลือสมุนไพร ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น น้ำคาวปลาไหลสะดวก มดลูกเข้าอู่เร็วและช่วยลดไขมันหน้าท้อง (ผู้ให้ข้อมูล อายุ 78 ปี) (6) การนวดบำบัด ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด ขับน้ำคาวปลา มดลูกเข้าอู่เร็วและกระตุ้นการไหลเวียนนม (ผู้ให้ข้อมูล อายุ 78 ปี) (7) การรับประทานอาหารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ เช่น หัวปลีแกงเลียง ผักขิงและหลักเลียงอาหารแสดงต่างๆ เพื่อบำรุงร่างกาย เพิ่มน้ำนมและฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด (ผู้ให้ข้อมูล อายุ 83 ปี) (8) การดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำขิง น้ำตะไคร้ ช่วยขับลม ขับเหงื่อ แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ บำรุงกระดูกและฟัน กระตุ้นการไหลเวียนและการไหลของน้ำนม (ผู้ให้ข้อมูล อายุ 78 ปี) (9) การดูแลทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ให้ทารกนอนในเปลผ้าขาวม้าเพื่อให้หัวกลมสวย นวดอกอู๋ชันหรือก้านพลูมาทากี้ว ทาผมจะทำให้ผมดก โคนผมไฟจะทำให้เด็กผมดกดำ ไม่หัวล้าน ให้พระ และผู้สูงอายุผูกข้อมือเด็กจะไม่ป่วยง่าย (ผู้ให้ข้อมูล อายุ 81 ปี)

2.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น

จากข้อค้นพบองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด ในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดแบบองค์รวมโดยการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับการดูแลด้วยแผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เน้นการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁽¹³⁾ ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น



ตารางที่ 2 สรุปข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย

ประเด็น	วิธีการ / ประโยชน์
1) การอยู่ไฟ ⁽⁸⁾	- การนอนบนกระดานไฟหรือแคร่อยู่ไฟ ประมาณ 7-30 วัน ของมารดาหลังคลอด โดยมีอุปกรณ์ที่สำคัญ คือ เตาไฟก้อนเส้า (ก้อนหิน 3 ก้อน) และกระดานไฟหรือแคร่อยู่ไฟ เชื่อว่าช่วยให้ร่างกายอบอุ่น ขับน้ำคาวปลา - ช่วยให้ร่างกายอบอุ่น ขับน้ำคาวปลา มดลูกเข้าอู่เร็ว แผลฝีเย็บแห้งเร็ว
2) การอาบน้ำสมุนไพร ⁽¹⁴⁾	- การอาบน้ำที่ต้มด้วยสมุนไพร ได้แก่ ใบมะขาม ใบพลู เปลือกใหญ่ เปล้าน้อย ผสมกับน้ำเย็นพอให้อุ่น แล้วนำไปอาบ ควรอาบน้ำสมุนไพรในช่วง 30 วันหลังคลอด - ช่วยขับน้ำคาวปลา กระชับมดลูก มดลูกเข้าอู่เร็ว ผิวพรรณเปล่งปลั่งและกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต
3) การเข้ากระโจมสมุนไพร ⁽¹⁵⁾	- การนำสมุนไพรสดหรือแห้งหลายๆ ชนิด ได้แก่ ใบมะกรูด ใบมะนาว ใบส้มป่อย ใบข่า ใบตะไคร้ ใบมะขาม ใบพลับพลึง ใบหนาด ผักบุ้งแดง ใบส้มเลี้ยวและการบูร มาต้มในกระโจม - ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและบำรุงผิวพรรณ ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและบำรุงผิวพรรณ
4) การประคบสมุนไพร ^(16,17)	- การนำสมุนไพรสดหรือแห้งหลายชนิด ได้แก่ ใบพลู ใบมะขาม ใบส้มป่อย ว่านนางคำ ขมิ้นอ้อยและเกลือ มาคลุกรวมกัน ห่อเป็นลูกประคบที่มีขนาดพอเหมาะและสะดวก ลูกประคบหนึ่งลูก สามารถใช้ได้ 3-5 วัน - ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและมดลูกเข้าอู่เร็ว
5) การนวดหม้อเกลือ ⁽¹⁸⁾	- การเอาเกลือตัวผู้หรือเกลือสมุทรมาใส่หม้อตั้งไฟให้ร้อน แล้วนำมาวางบนสมุนไพรที่เตรียมไว้ ห่อผ้าแล้วนำมาประคบบริเวณหน้าท้องและกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ แต่ควรหลีกเลี่ยงการนวดหม้อเกลือบริเวณปมกระดูก อวัยวะภายในที่ได้รับบาดเจ็บหรืออักเสบ ปวดท้องรุนแรง หลังการรับประทานอาหารใหม่ๆ และกรณีมีไข้ โดยทำติดต่อกัน 3-5 วัน ครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง หรือเริ่มทำหลังผ่าตัดเมื่อแผลผ่าตัดหายดีแล้ว - ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น น้ำคาวปลาไหลสะดวก มดลูกเข้าอู่เร็วและช่วยลดไขมันหน้าท้อง
6) การนวดบำบัด ^(19,20)	- การใช้มือหรือการใช้เท้าเหยียบส่วนต่างๆ ของร่างกาย - ช่วยให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มดลูกเข้าอู่ ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติและกระตุ้นให้น้ำนมไหลได้ดี



ประเด็น	วิธีการ /ประโยชน์
7) การรับประทาน อาหารสมุนไพร เพื่อสุขภาพ ⁽²¹⁾	- รับประทานอาหารประเภทปลาอย่าง ปลาเค็ม แกงน้ำยาใส่หอม กระเทียม พริกไทย ใส่กะปิเล็กน้อย ใส่น้ำให้มากๆ แกงเลียงตำลึง แกงเลียงหัวปลีและหลักเลียง อาหารรสเปรี้ยวจัด เผ็ดจัดหรือเค็มจัด - เพื่อบำรุงร่างกาย เพิ่มน้ำนมและฟื้นฟูสุขภาพของมารดาหลังคลอด
8) การดื่มน้ำสมุนไพร ⁽¹⁹⁾	- การดื่มน้ำขิง น้ำตะไคร้ร้อน - ช่วยขับลม ขับเหงื่อ แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ บำรุงกระดูกและฟัน ลดพิษของสารแปลกปลอมในร่างกาย กระตุ้นการไหลเวียนและการไหลของน้ำนม
9) การดูแลทารก หลังคลอดด้วย ภูมิปัญญาท้องถิ่น ⁽³⁾	- การให้ทารกนอนในเปลผ้าขาวม้า นวดอกอู้งานหรือก้านพลูมาทาหัว ทาผม ให้พระและผู้สูงอายุ ผูกข้อมูลให้ทารก - ทำให้เด็กมีศีรษะกลมสวย ผมนดดำ ไม่หัวล้าน มีสุขภาพที่ดีและไม่เจ็บป่วย

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของมารดาในระยะหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M= 3.77$, $SD= 0.21$) 2) องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วย การอยู่ไฟ การอาบน้ำสมุนไพร การเข้ากระโจม การประคบสมุนไพร การนวด การรับประทานอาหารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ การดื่มน้ำสมุนไพรและการดูแลสุขภาพทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) รูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดเป็นแบบองค์รวมโดยการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับการดูแลด้วยแผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อค้นพบสามารถเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับหน่วยงานด้านสุขภาพ นำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น และหน่วยงานด้านการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในประเด็นการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

มารดาหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลสุขภาพมารดาทารกในระยะหลังคลอดที่เป็นแบบผสมผสาน กล่าวคือ มีการนำเอาวิธีการดูแลตนเองด้วยแพทย์แผนไทยมาผสมผสานกับแพทย์ทางเลือก โดยประยุกต์องค์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพให้เหมาะกับบริบทของมารดาหลังคลอดย่อมทำให้ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้



ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kleinman⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพด้วยแพทย์พื้นบ้านช่วยส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี⁽³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ พาโนและขงยุทธ วัชรกุล⁽¹³⁾ เรื่อง ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพสตรีหลังคลอดของชาวไทยทรงดำ ตำบลหนองปรัง อำเภอยะโฮย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การทับหม้อเกลือสามารถช่วยให้มดลูกหดตัวเข้าสู่ การนวดเต้านมช่วยบรรเทาอาการเจ็บของเต้านม และช่วยให้น้ำนมไหลได้ดี การอาบน้ำต้มสมุนไพรช่วยดับกลิ่นคาวแก้อาการอักเสบ และเพิ่มการไหลเวียนเลือด การอยู่ไฟในระยะหลังคลอดช่วยให้มดลูกเข้าสู่เร็ว และช่วยขับน้ำคาวปลา ซึ่งเป็นเลือดเสียออกและป้องกันโรคร้ายต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของละเอียด แจ่มจันทร์, สุริ ชันธรัยวงศ์, สุนทร หงส์ทองและณพนันธุ์ จำปาเทศ⁽⁸⁾ เรื่อง การแพทย์แผนไทยกับการบริบาลมารดาหลังคลอดในชุมชนภาคกลาง พบว่า การดูแลมารดาในระยะหลังคลอดเป็นการผสมผสานวัฒนธรรมในวิถีชีวิตกับภาวะสุขภาพ โดยการใช้สมุนไพรไทย ในการบำรุงร่างกายให้แข็งแรง ขับน้ำคาวปลา กระตุ้นมดลูกเข้าสู่ ผิวพรรณดีและบำรุงน้ำนม การไม่อยู่ไฟหรืออยู่ไฟไม่ครบถ้วน ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง หนาวสะท้านได้ง่าย เมื่ออากาศเย็นหรือเมื่อมีอากาศเปลี่ยนแปลง

องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย การอยู่ไฟ การอาบน้ำสมุนไพร การเข้ากระโจม การประคบสมุนไพร การนวดหม้อเกลือ การนวดบำบัด การรับประทานอาหารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ การดื่มน้ำสมุนไพร และการดูแลสุขภาพทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดฟื้นฟูสภาพร่างกายและกลับสู่ภาวะปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในอดีตการเรียนรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นได้รับมาจากบรรพบุรุษและบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด คือ ผู้อาวุโสในท้องถิ่น ซึ่งนำความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาเพื่อดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของพยอม สันธศิริและคณะ⁽⁵⁾ เรื่อง ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพแม่และเด็กของกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดนครพนม พบว่า การสืบทอดองค์ความรู้เป็นการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษและประสบการณ์ตรง เป้าหมายการดูแลสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของแม่และเด็ก ป้องกันความพิการและการเสียชีวิตของเด็ก ความเชื่อเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ขวัญเป็นศูนย์กลางของชีวิต อาหารสำคัญต่อสุขภาพ คาลาศักดิ์สิทธิ์ป้องกันสิ่งเลวร้าย การอยู่ทำให้สุขภาพดี และรกเป็นความสัมพันธ์ในสายเลือด และรูปแบบการดูแลสุขภาพเป็นแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร คุ่มวิลัยและสุพัตรา ปรสพพัฒนา⁽⁶⁾ เรื่อง การแพทย์แผนไทยร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลมารดา หลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ พบว่า การดูแลมารดาหลังคลอดของแพทย์แผนไทยที่มีการผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์ พบการใช้สมุนไพรเป็นยากระตุ้นน้ำนมและมีการนำ



ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ดั้งเดิมและเป็นที่ยอมรับนำมาผสมผสานประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด

รูปแบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ พบว่า เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมารดาหลังคลอด ควรได้รับการดูแลด้านอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันจากสามี สมาชิกครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามความเชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้นเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีจุดเน้นสำคัญที่ผู้รับบริการจึงเหมาะแก่การนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลสุขภาพหลังคลอดที่ดีสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตของหญิงหลังคลอด รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นในแต่ละชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Kleinman⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า ระบบสุขภาพเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคม ประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลสุขภาพของสามัญชน ระบบการดูแลสุขภาพของวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพของแพทย์พื้นบ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี⁽³⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณดี ฅัก⁽²²⁾ เรื่อง การดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาและโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก พบว่า การส่งเสริมและสนับสนุนมารดาหลังคลอดได้มีความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ครอบคลุมทุกด้าน ตลอดจนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลและวางแผนในการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น อาหารแสลงที่ควรงด การอยู่ไฟและการสู่วัณู จึงควรนำมาบูรณาการกับคำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อและบริบททางวัฒนธรรมของชุมชน
2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านมารดาและทารกหลังคลอด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่ซึ่งมีบริบททางวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา เวียดนามและจีนตอนใต้
3. ด้านการเรียนการสอน พบว่า การดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นสะท้อนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเหมาะกับการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด จึงควรสอดแทรกเนื้อหาด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในหลักสูตรการเรียนการสอนทางการพยาบาล



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิที่ให้ทุนสนับสนุนวิจัยในครั้งนี้และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Standards of midwifery practice for safe motherhood. Bangkok: Thammasat University Printing;2002.
2. ปิยะนุช ไสยกิจ. การพัฒนาต่อยอดความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่งานออกแบบสร้างสรรค์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ 2560;4(2):34-46.
3. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เพชรา ทองเผ้า, จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, อรพนิศ ภูวงษ์ไกร. การศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลมารดาและทารกโดยใช้ห้องเรียนชุมชนและการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559;33(4):288-299.
4. จันทมาศ เสาวรศ. สืบสานภูมิปัญญาไทยของคนรุ่นใหม่: การบูรณาการภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2562;36(3):251-257.
5. ประภัสสร คุ่มวิทย์, สุพัตรา ปรุศพัฒนา. การแพทย์แผนไทยร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2563;18(3):470-477.
6. พยอม สันธุศิริ, ดารุณีย์ สวัสดิ์โชติ, ศิริภรณ์ เหมะรุตสิน, ญญา อ่อนผิว, ถักษณา เจริญราษฎร์. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพแม่และเด็กของกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2564;24(1):46-55.
7. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด. ประวัติเมืองชัยภูมิ. ชัยภูมิ: สำนักงานจังหวัดชัยภูมิ; 2563.
8. ละเอียด แจ่มจันทร์, สุรี ชันธรักษ์วงศ์, สุนทร หงส์ทอง, นพนัฐ จำปาเทศ. การแพทย์แผนไทยกับการบริบาลมารดาหลังคลอดในชุมชนภาคกลาง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(2):195-202.
9. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. London: University of California Press; 1980.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. สถิติสตรีหลังคลอด ปี พ.ศ.2563. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2563.
11. Thorndike, Edward L. Sample Size. New York: Columbia University, 1978.



12. Colaizzi P. Psychological research as the Phenomenologist views it. In Existential Phenomenological Alternatives for Psychology (Valle R. & King M. eds), Oxford University Press, London; 1978.
13. วรณา ดำเนินสวัสดิ์และถาวร ล้อกา. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561; 11(1): 126-133.
14. พรทิพย์ พาโนและขงยุทธ วัชรกุลย์. ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพสตรีหลังคลอดของชาวไทยทรงดำตำบลหนองปรัง อำเภอยะโฮย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2562;39(5):86-95.
15. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. โครงการรวมพลังการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านภาคกลาง ณ วัดพนัญเชิง. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
16. วิชัยโชค วิวัฒน์. กรอบแนวคิดการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก: กระบวนทัศน์การแพทย์พื้นบ้านไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
17. ชัยวุฒิ อจการ. ผลการรักษาด้วยการกินยาและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวดในผู้ป่วยทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561; 11(1):57-66.
18. ยิ่งยง เทาประเสริฐ. องค์ความรู้เรื่องการอยู่ไฟของแม่หลังคลอด. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงราย; 2556.
19. สายฝน สกุดหอม, ประศักดิ์ สันติภาพ, วัฒนา ชยรัช, รัชนิ จันทรเกษและทัศนีย์ ศิลาวรรณ. การดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้านไทยในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุศึกษา 2563;43(2): 107-118.
20. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒน์; 2553.
21. วรัทกาญจน์ กุลวิโรจน์โสภณและศิริลักษณ์ จิตต์ระเปียบ. ผลของการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีดัดตนต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(2): 370-370.
22. วรณวดี ฅัก. การดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาและโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก. รายงานการวิจัยสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2563.



พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร

PREVENTION BEHAVIORS OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) OF ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS IN SAKON NAKHON PROVINCE

Received: June 17, 2022

Revised: July 27, 2022

Accepted: July 31, 2022

ประภัสสร เรืองฤทธา¹, วรินทร์มาศ เกษทองมา^{2*}, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล²

Prapatsorn Ruengrueharn¹, Warinmad Kedthongma^{2*}, Wuttiphong Phakdeekul²

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในจังหวัดสกลนคร จำนวน 347 คน ระหว่างเดือนมีนาคม-ธันวาคม 2564 รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.85 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.20 มีอายุเฉลี่ย 69 ปี (SD = 6.90) ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.30 ไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 79.00 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.80 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.80 มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.00 และมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.70

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus.

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Lecturer, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus.

*Corresponding author E-mail: warinmad.k@ku.th



Abstract

This Cross-sectional descriptive study aimed to study the prevention behavior of coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in 347 elderly with diabetes in Sakon Nakhon province between March 2021 to December 2021. Data were collected by interview form with reliability 0.85 All data were analyzed of personal factors, perceptions, knowledge and attitudes concerning prevention behaviors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) of elderly with diabetes mellitus in sakon nakhon province by Frequency, Percentage, Mean, Standard deviation, Median , Interquartile range (IQR), Minimum, and Maximum.

The results showed that most of elderly were female 71.20 %, mean age 69 years (SD = 6.90), mean duration of diabetes less than 10 years 66.30 %, no complications 79.00%. In addition, most of elderly had perception of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) prevention at moderate level 73.80%, knowledge of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) prevention at high level 54.80%, attitude of COVID-19 prevention at moderate level 59.00%, and self-protection Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) at moderate level 65.70%

Keywords: Elderly, Diabetes, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ⁽¹⁾ การป้องกันโรคเบื้องต้น ได้แก่ การล้างมือบ่อยๆ สวมหน้ากากอนามัย ปิดปากจมูกเมื่อไอ จาม รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับคนที่แสดงอาการของโรคทางเดินหายใจ เช่น ไอ และจาม⁽²⁾ จากการระบาดทำให้ทั่วโลกยังคงมีการตรวจพบติดเชื้อรายใหม่ และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน⁽³⁾ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังเป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของประชาชน⁽⁴⁾ การศึกษาทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและต้องใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าคนปกติ^(5,6) จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานในจังหวัด สกลนครมีมากถึง 35,497 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.20 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด⁽⁷⁾

ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะนำมาซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน



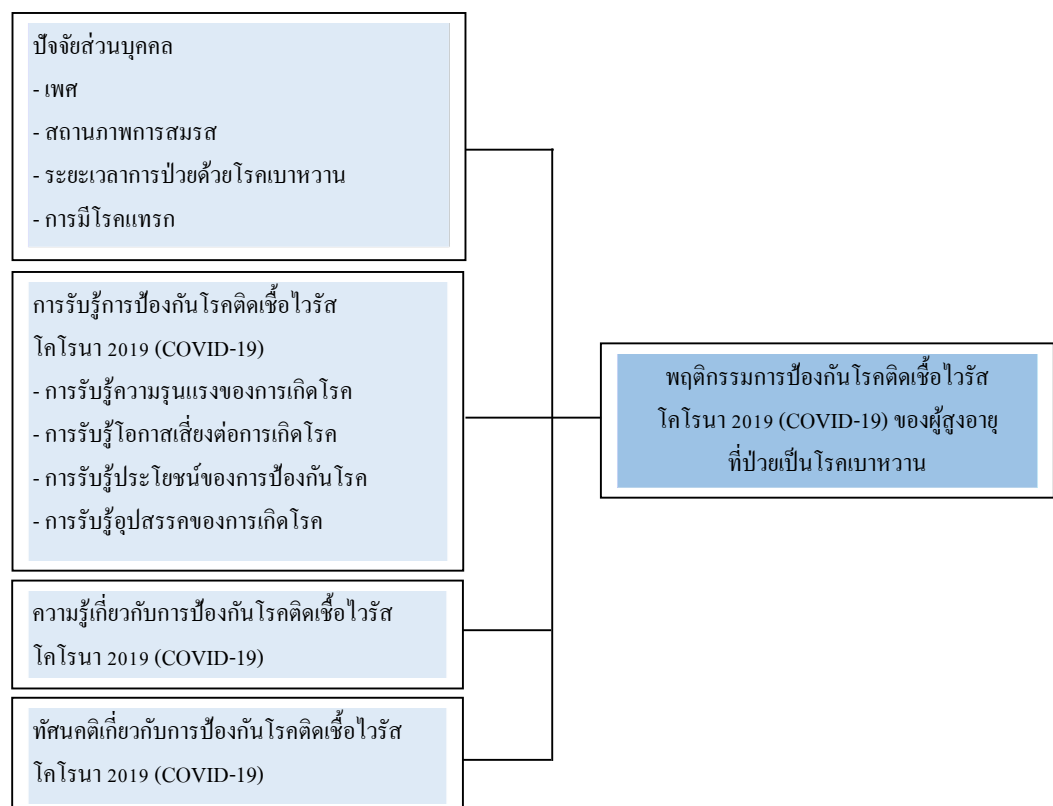
ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตลอดจนเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974)⁽⁸⁾ เป็นแนวทางในการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยร่วมที่เป็นตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับ ด้านความรุนแรงของการเกิดโรค ด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านประโยชน์ของการป้องกันโรค ด้านอุปสรรคในการป้องกันโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)⁽⁹⁾



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 35,497 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรของ Dattalo (2008) คำนวณได้จากสูตร⁽¹⁰⁾ ดังนี้

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

ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งนี้จึงใช้จำนวนตัวอย่าง ได้จำนวน 312 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถาม จึงใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ร้อยละ 10 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 347 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีรายละเอียด ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แบบสอบถามส่วนนี้ มีลักษณะข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ข้อคำถามเป็นการถามเพื่อวัดทัศนคติการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ปรับสร้างตามแบบการวัดการประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's scale) โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นลักษณะการเลือกตอบข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะแบ่งเป็น 3 ส่วน โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นลักษณะการเลือกตอบข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามมี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ นำแบบสัมภาษณ์ ที่ได้ปรับปรุง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการทดสอบความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ค่า IOC ที่ได้เท่ากับ 0.94 หากค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผลจากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสรับรองการวิจัยเลขที่ SKN REC 2021 – 016 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.20 อายุเฉลี่ย 69 ปี (SD = 6.90) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.40 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.30 ส่วนมากไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 79.00 จากการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ บางรายมีโรคแทรกซ้อนอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	100	28.80
	หญิง	247	71.20
อายุ	Mean = 68.76, S.D. = 6.90, Min = 60, Max = 91		



ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
โสด	9	2.60
คู่	234	67.40
หม้าย	98	28.30
หย่าร้าง	6	1.70
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน		
< 10 ปี	230	66.30
10 - 20 ปี	91	26.20
21 ปีขึ้นไป	26	7.50
$(\bar{X} = 9.78, S.D. = 6.92, \text{Min} = 1, \text{Max} = 30)$		
การมีโรคแทรกซ้อน		
มี	73	21.00
ไม่มี	274	79.00

2. การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากการรับทราบและตีความหมายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของแต่ละบุคคลนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.80 อย่างไรก็ตามเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.00 และ 85.90 ตามลำดับ สำหรับด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.50 และ 53.90 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 – 6



ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ต่ำ	(30.00 - 43.67 คะแนน)	86	24.80
ระดับการรับรู้ปานกลาง	(43.68 - 57.35 คะแนน)	256	73.80
ระดับการรับรู้สูง	(57.36 - 71.00 คะแนน)	5	1.40

($\bar{X}$ = 47.26, S.D. = 6.01, Median = 2.00, IQR = 1.00, Min = 30, Max = 71)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ต่ำ	(2.00 - 4.00 คะแนน)	274	79.00
ระดับการรับรู้ปานกลาง	(4.01 - 6.00 คะแนน)	72	20.70
ระดับการรับรู้สูง	(6.01 - 8.00 คะแนน)	1	0.30

($\bar{X}$ = 1.21, S.D. = 0.41, Median = 1.00, IQR = 0.25, Min. = 2, Max. = 8)

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ต่ำ	(2.00 - 4.00 คะแนน)	298	85.90
ระดับการรับรู้ปานกลาง	(4.01 - 6.00 คะแนน)	48	13.80
ระดับการรับรู้สูง	(6.01 - 8.00 คะแนน)	1	0.30

($\bar{X}$ = 1.14, S.D. = 0.35, Median = 1.00, IQR = 0.00, Min. = 2, Max. = 8)



ตารางที่ 5 ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับการรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ต่ำ	(2.00 - 4.00 คะแนน)	136	39.20
ระดับการรับรู้ปานกลาง	(4.01 - 6.00 คะแนน)	196	56.50
ระดับการรับรู้สูง	(6.01 - 8.00 คะแนน)	15	4.30

($\bar{X}$ = 1.65 , S.D. = 0.56 , Median = 2.00 , IQR = 1.00 , Min. = 2 , Max. = 8)

ตารางที่ 6 ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ต่ำ	(2.00 - 4.00 คะแนน)	139	40.10
ระดับการรับรู้ปานกลาง	(4.01 - 6.00 คะแนน)	187	53.90
ระดับการรับรู้สูง	(6.01 - 8.00 คะแนน)	21	6.10

($\bar{X}$ = 1.65 , S.D. = 0.58 , Median = 2.00 , IQR = 1.00 , Min. = 2 , Max. = 8)

3. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.80 ($\bar{X}$ = 10.10 , S.D. = 2.47) รองลงมาคือ ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.00 และความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 22.20 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ	(5.00 - 7.70 คะแนน)	77	22.20
ระดับความรู้ปานกลาง	(7.71 - 10.40 คะแนน)	80	23.00



ตารางที่ 7 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ต่อ)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง	(10.41 - 13.00 คะแนน)	190	54.80
($\bar{X}$ = 10.10 , S.D. = 2.47 , Median = 3.0 , IQR = 1.00 , Min. = 5 , Max. = 13)			

4. ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 59.00 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ทักษะด้านความรู้คิด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่ดี ร้อยละ 68.90 ทักษะด้านความรู้สึกละส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.90 และทักษะด้านการพร้อมกระทำ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.60 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8 – 11

ตารางที่ 8 ระดับทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับทักษะไม่ดี	(15.00 – 23.67 คะแนน)	45	13.00
ระดับทักษะปานกลาง	(23.68 – 32.34 คะแนน)	205	59.00
ระดับทักษะดี	(32.35 – 41.00 คะแนน)	97	28.00
($\bar{X}$ = 29.45 , S.D. = 5.68 , Median = 2.00 , IQR = 1.00 , Min. = 15 , Max. = 41)			

ตารางที่ 9 ระดับทักษะด้านการรู้คิดเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับทักษะด้านความรู้คิด		จำนวน	ร้อยละ
ระดับทักษะไม่ดี	(5.00 – 7.33 คะแนน)	239	68.90
ระดับทักษะปานกลาง	(7.34 – 9.66 คะแนน)	39	11.20
ระดับทักษะดี	(9.67 – 12.00 คะแนน)	69	19.90
($\bar{X}$ = 1.51 , S.D. = 0.80 , Median = 1.00 , IQR = 1.00 , Min. = 5 , Max. = 12)			



ตารางที่ 10 ระดับทัศนคติด้านความรู้สึกเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับทัศนคติด้านความรู้สึก		จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติไม่ดี	(5.00 – 8.67 คะแนน)	44	12.70
ระดับทัศนคติปานกลาง	(8.68 – 12.34 คะแนน)	232	66.90
ระดับทัศนคติดี	(12.35 – 16.00 คะแนน)	71	20.50

($\bar{X}$ = 2.07 , S.D. = 0.57 , Median = 2.00 , IQR = 1.00 , Min. = 5 , Max. = 16)

ตารางที่ 11 ระดับทัศนคติด้านการพร้อมกระทำเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำแนกรายด้าน

ระดับทัศนคติด้านการพร้อมกระทำ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติไม่ดี	(7.00 – 11.33 คะแนน)	144	41.50
ระดับทัศนคติปานกลาง	(11.34 – 15.66 คะแนน)	186	53.60
ระดับทัศนคติดี	(15.67 – 20.00 คะแนน)	17	4.90

($\bar{X}$ = 2.07 , S.D. = 0.57 , Median = 2.00 , IQR = 1.00 , Min. = 7 , Max. = 20)

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.70 เมื่อแยกเป็นรายด้านแล้วนั้น พบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.90 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 12 – 14

ตารางที่ 12 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมต่ำ	(20.00 - 25.67 คะแนน)	67	19.30
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	(25.68 - 31.34 คะแนน)	228	65.70
ระดับพฤติกรรมสูง	(31.35 - 37.00 คะแนน)	52	15.00

($\bar{X}$ = 1.95 , S.D. = 0.58 , Median = 2.00 , IQR = 0.00 , Min. = 20 , Max. = 37)



ตารางที่ 13 ระดับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล		จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมต่ำ	(5.00 - 7.33 คะแนน)	63	18.20
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	(7.34 - 9.66 คะแนน)	180	51.90
ระดับพฤติกรรมสูง	(9.67 - 12.00 คะแนน)	104	30.00
$(\bar{X} = 2.11, S.D. = 0.68, \text{Median} = 2.00, IQR = 1.00, \text{Min.} = 5, \text{Max.} = 12)$			

ตารางที่ 14 ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รายด้าน
ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รายด้าน		จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมต่ำ	(14.00 - 18.33 คะแนน)	153	44.10
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	(18.34 - 22.66 คะแนน)	147	42.40
ระดับพฤติกรรมสูง	(22.67 - 27.00 คะแนน)	47	13.50
$(\bar{X} = 1.69, S.D. = 0.69, \text{Median} = 2.00, IQR = 1.00, \text{Min.} = 14, \text{Max.} = 27)$			

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.20 สถานภาพสมรสร้อยละ 67.40 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.30 ส่วนมากไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 79.00 จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามบางรายมีโรคแทรกซ้อนอื่น การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.80 ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.00 ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 22.20 ตามลำดับ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 59.00 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.70



อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.80 ($\bar{X} = 47.26$, S.D. = 6.01) จากข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษานาริมะห์ แวปูเตะ และคณะ (2021)⁽¹¹⁾ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ระวี แก้วสุกใส และคณะ (2564)⁽¹²⁾ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของภักณัฐ วิรขจร และคณะ (2564)⁽¹³⁾ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และยังสอดคล้องกับ Liu et al. (2020)⁽¹⁴⁾ การยอมรับพฤติกรรมป้องกันระหว่างการแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจีนและอิสราเอล การศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีผลต่อการยอมรับพฤติกรรมป้องกันของผู้คน ดังข้อค้นพบสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่สามารถทำให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับมาก จากข้อค้นพบดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ระวี แก้วสุกใส และคณะ (2564)⁽¹²⁾ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.29 คะแนน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี เกื้อนพกุล และคณะ (2564)⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษาพบว่า อาจารย์ บุคลากร และนักศึกษา มีความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับชลลดา บุตรวิศา (2560)⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก และยังสอดคล้องกับ สมใจ อ่อนละเอียด (2564)⁽¹⁷⁾ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.00 ($\bar{X} = 29.45$, S.D. = 5.68) จากข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรรณ คำแสน (2564)⁽¹⁸⁾ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของดรณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564)⁽¹⁹⁾ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับปานกลาง และทัศนคติเกี่ยวกับการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.70 ($\bar{X}=1.95$, S.D.= 0.58) จากข้อค้นพบดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของระวี แก้วสุกใส และคณะ (2564)¹² ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ฐิณน้อม (2562)⁽²⁰⁾ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุเพ็ญ ภูจอมจิตร (2565)⁽²¹⁾ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ คารุง เยาวกุล และคณะ (2565)⁽²²⁾ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้ที่อยู่ในระดับสูงนั้น ควรนำข้อมูลไปวิเคราะห์ วางแผนกลยุทธ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมที่เสริมสร้างการรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่เพื่อใช้ในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ข้อมูลในการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, & China. (2020). Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2(3).



2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). ความรู้พื้นฐาน COVID-19 ตอนที่ 1 โรคโควิด-19 การติดเชื้อ การป่วย การดูแลรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อและการติดเชื้อ แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2564 จาก <http://phoubon.in.th/covid-19.pdf>.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด
4. Kedthongma W. & Phakdeekul W. (2022). Effects on Mental Health and Subjective Well-being of Thai Marriages with Foreigners During COVID-19 Pandemic. Positive Psychology and Wellbeing, 6(1), 863-870.
5. ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. (2564). สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2564 จาก <https://www.moicovid.com/>.
6. Bode, B., Garrett, V., Messler, J., McFarland, R., Crowe, J., Booth, R., & Klonoff, D. C. (2020). Glycemic characteristics and clinical outcomes of COVID-19 patients hospitalized in the United States. Journal of diabetes science and technology, 14(4), 813-821.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2564). งานผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังกับแนวทางการดำเนินงาน. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.
8. Becker. (1975) "as cited in" Piyanood Kawerung (2007). Health Beliefs and Health Care Behaviors of Elderly in Doklumduan Soceity, Khubua Subdistrict, Maung District, Ratchaburi Province. Bachelor of Science. Nakhon Pathom Rajabhat University.
9. กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2564 จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf.
10. Dattalo, P. (2008). Determining sample size: Balancing power, precision, and practicality. Oxford university press.
11. นริมะห์ แวปูเตะ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ และ กัลยา ตันสกุล. (2564). พฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 31-39.
12. ระวี แก้วสุกใส, รังสฤษฎ์ แวดือราม, พรทิพา คงคุณ, อัจฉา สุวรรณกาญจน์ และ กรรณภา ไชยประสิทธิ์ (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(2), 67-79.



13. ภัคณัฐ วีระขจร, ภัคณัฐ วีระขจร, โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีระธรรม (2564). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 106-117.
14. Liu, X. J., & Mesch, G. S. (2020). The adoption of preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in China and Israel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7170.
15. มาลี เกื่อนพกุล. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health NJPH*, 31(2), 81.
16. ชลลดา บุตรวิธา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต/ศิลปศาสตร), มหาวิทยาลัยเกริก.
17. สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพดด้วง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 (3), 333-345.
18. ณัฐวรรณ คำแสน. (2021). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของราษฎรที่อาศัยอยู่ในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564
19. ครัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกัน
1. โควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(5), 597-604.
20. จรรยา ชาญน้อม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 9(1), 34-46.
21. จารุเพ็ญ ภูจอมจิตร. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(1), 86-100.
22. ดาวรุ่ง เขียวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหารัชพงศ์. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 (3), 257-272



ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ใช้อินซูลิน ในโรงพยาบาลชุมชน

FACTORS INFLUENCING DENIAL OF INSULIN USAGE AMONG TYPE II DIABETES PATIENTS WITH INDICATION FOR INSULIN USAGE IN COMMUNITY HOSPITAL

Received: March 01, 2022

Revised: August 08, 2022

Accepted: August 18, 2022

ขวัญระวี ทิพย์พิลา¹, อาคม บุญเลิศ^{2*}

Khwanrwi Tippila¹, Arkhom Bunloet^{2*}

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อย และแพทย์มักประสบปัญหาเรื่องผู้ป่วยขอปฏิเสธการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ใช้อินซูลิน โดยการศึกษาเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่อายุ 18 ถึง 65 ปี ที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 155 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษา ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าอัตราความผูกพร้อมช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าเฉลี่ยการทดสอบไคสแควร์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมการศึกษานี้มี 155 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.10 สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์ใช้อินซูลินทั้งที่มีข้อบ่งชี้มีค่าร้อยละ 81.94 (95% CI 75.81-88.06) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Adjust OR= 4.16, 95% CI:1.39-12.37) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน (L-IADL) (Adjust OR= 10.79, 95%CI: 1.47-79.20) และความกังวลเรื่องการเงิน (Adjust OR= 0.66, 95%CI: 0.07-6.45)

สรุปผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ใช้อินซูลินนั้นไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ทั้งนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานรวมถึงข้อมูลเรื่องยาที่ถูกต้องมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษาที่ถูกต้อง นำไปสู่การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, การไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน, โรงพยาบาลชุมชน

¹ แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อสอบวุฒิบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Corresponding Author)

*Corresponding author E-mail: arkhor@kku.ac.th



Abstract

Type 2 diabetes is the most common type of diabetes in Thailand. Doctors often encounter problems with patients refusing further treatment with insulin injections. Therefore, this study aimed to determine the proportion and factors involved in type 2 diabetic patients' refusal of insulin therapy with indications for insulin. This study was a cross-sectional study. The 155 samples were selected from type 2 diabetes patients aged 18–65 years following their treatment at a community hospital and were interviewed in person by questionnaires. Instruments were used as a questionnaire for demographic data, diabetes treatment, knowledge, and attitude concerning insulin therapy. Data analysis was conducted by Frequency, Percentage, Prevalence rate with 95%CI, Mean, Pearson Chi-square, and Multiple Logistic Regression.

The type 2 diabetics sample consisted of 155 subjects. Most of them were females (58.10%). The proportion of type 2 diabetic patients' refusal of insulin therapy with indications for insulin was 81.94 (95% CI 75.81-88.06) and factors associated with the refusal of insulin regimen among type 2 diabetic patients with a statistically significant were concerning social participation (Adjust OR= 4.156 p-value<0.05 95%CI:1.396-12.371), High L-IADL score (Adjust OR= 10.799 p-value<0.05 95%CI: 1.473-79.203) and financial concerns 0.66, 95%CI:0.068-6.446)

The study revealed that 80% of type 2 diabetic patients with indications for insulin usage refuse insulin therapy. Educating patients with diabetes, including accurate drug information, play an important role in making patients have the right attitude towards treatment and lead to a reduction in the incidence of complications to make better quality of life.

Keywords: Type 2 diabetes, the refusal of insulin regimen, Community Hospital



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1.6 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา⁽¹⁾ โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคมีผลกระทบทางสังคม อันเนื่องจากส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรเพิ่มขึ้น ทั้งยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น⁽²⁾ สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจุบันการรักษาโรคเบาหวานสามารถทำได้หลายวิธี ตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต โดยควบคุมอาหารและออกกำลังกาย การกินยา รวมไปถึงการใช้อินซูลินซึ่งเป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคดังกล่าวตามแนวทางเวชปฏิบัติ⁽³⁾ ทั้งนี้เมื่อศึกษาข้อมูลการประสพผลใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2549⁽⁴⁾ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 69.8 ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 25.3 ที่ใช้อินซูลิน และจากรายงานการประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32,596 ราย มีประวัติการใช้อินซูลินรักษาโรคเบาหวานเพียง ร้อยละ 22.6⁽⁵⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลแนวโน้มการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีแนวโน้มของการใช้อินซูลินลดลง จากร้อยละ 38.2 เหลือเพียงร้อยละ 24.4 และเมื่อศึกษาข้อมูลในสหรัฐอเมริกาที่มีผู้ป่วยเบาหวานที่อายุมากกว่า 18 ปี มีผู้ใช้อินซูลินจำนวน 2.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละเพียง 14.0 เท่านั้น⁽⁶⁾ ทั้งนี้มีรายงานผลการศึกษาเพิ่มเติมของกิริติ ไตรศิริสถิต⁽⁷⁾ พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยปฏิเสธการฉีดอินซูลินสามอันดับแรก ได้แก่ การกลัวเจ็บ/กลัวเข็ม การไม่รู้วิธีฉีด และการไม่มีเวลาฉีดยา และเมื่อพิจารณาลักษณะพื้นฐานระหว่างผู้ป่วยที่ยินยอมรับการฉีดอินซูลินและไม่ยินยอมรับการฉีดอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมรับการฉีดอินซูลินมีสาเหตุที่ทำให้ปฏิเสธอินซูลินบางประการมากกว่าผู้ป่วยที่ยินยอมรับการฉีดอินซูลิน ได้แก่ ความเชื่อว่าตนยังสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้วยวิธีอื่น การกลัวจะต้องฉีดอินซูลินไปตลอดชีวิต และความไม่มั่นใจว่าจะฉีดยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง อีกทั้งการศึกษาของ Ahmet Yilmaz⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้อินซูลิน แต่ไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน เกิดจากผู้ป่วยพิจารณาว่าการรักษาด้วยอินซูลินเป็นการรักษาทางเลือกสุดท้าย มีประสบการณ์น้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ คิดว่าการฉีดอินซูลินด้วยตัวเองนั้นเป็นเรื่องที่ยาก ต้องการให้ผู้อื่นฉีดยาให้ รู้สึกเจ็บเมื่อฉีดอินซูลิน ขัดต่อหลักศาสนา ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอินซูลิน และจากการศึกษาของ Mark Peyrot⁽⁹⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการละเลยการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน คือ อายุ เศรษฐฐานะ การศึกษา ความถนัดในการฉีดยา การฉีดยามีผลรบกวนชีวิตประจำวัน การฉีดอินซูลินทำให้เจ็บและมีความอับอาย นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเอเชีย⁽⁴⁾ พบปัจจัยที่มีผล



ต่อการละเลยการฉีดอินซูลินที่สำคัญในหลายปัจจัย ได้แก่ การกลัวผลข้างเคียงของอินซูลิน การกลัวเข็ม หรือ กลัวเจ็บเวลาฉีดอินซูลิน การมีความคิดยึดติดว่าการใช้อินซูลินเป็นตราบาป การขาดความรู้และแรงสนับสนุนในการใช้อินซูลิน ซึ่งในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนและปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้อินซูลินยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะอธิบายพฤติกรรม และทัศนคติของการรักษาโรคเบาหวานในผู้ป่วยคนไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้อินซูลิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่อาจสัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น **การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)** ด้วยวิธี ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อหาสัดส่วนของการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ใช้อินซูลินในโรงพยาบาลชุมชนและปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส พฤติกรรมสุขภาพ การรักษาโรคเบาหวาน ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาเบาหวานด้วยอินซูลิน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนโดยมีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง สุขภาพครอบครัวและชุมชน ภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเชียงใหม่
- 3) มีค่าน้ำตาลสะสม (Hb A1C) >7.0%
- 4) มีประวัติการรักษาใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า/เท่ากับ 2 ชนิดในปริมาณสูงสุด
- 5) เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม
- 6) เป็นผู้ที่มีระดับการรู้สึกรู้ตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้
- 7) มีอาการคงที่ไม่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต
- 8) มีความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์เก็บข้อมูล



เกณฑ์ในการคัดกลุ่มประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภททุกประเภท
- 2) มีปัญหาสุขภาพทางกายที่ไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้
- 3) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนประวัติไม่ครบถ้วน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้สำรวจจำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุ 18 ถึง 65 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเชียงยืนและขึ้นทะเบียนรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จากฐานข้อมูลที่ถูกบันทึกในโปรแกรม HOSxP ได้จำนวนทั้งหมด 1,911 ราย คัดเลือกผ่านเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกได้ผู้ป่วยจำนวน 421 ราย ใช้โปรแกรม WinPepi ได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 155 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Time frame allocation sampling (สุ่มตัวอย่างตามกรอบเวลา) ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มาตรวจรักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเชียงยืน ในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างแบบเก็บข้อมูลขึ้นโดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 7 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สัญชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล
- 2) ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวาน
- 4) ข้อมูลความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาเบาหวานด้วยอินซูลิน
- 5) ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้ Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (L-IADL) ฉบับภาษาไทย
- 6) ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพครอบครัวและชุมชน ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม
- 7) ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม กลุ่มประชากรตัวอย่างได้ทำการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมอ่านตามแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟัง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 25 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97 และ ประเมินความเที่ยงซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.81 รวมทั้งประเมินความเหมาะสมของภาษาและเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม



การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลโดย SPSS 26 for window โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (Standard Error of Mean)

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสูบบุหรี่ สิทธิการรักษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนโดยมีอุปสรรคมาเกี่ยวข้องทัศนคติต่อการใช้นาฬิกาอินซูลิน ความกังวลเรื่องการเงิน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวานด้วยอินซูลิน ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ภาวะไขมันในเลือดสูง การใช้นาฬิกาอินซูลินในการช่วยรักษา โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์บางค่า เช่น Pearson Chi square, Multiple Logistic Regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ โดยไม่มีการบันทึกชื่อ สกุล หรือข้อมูลที่ระบุตัวบุคคล รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ โครงการวิจัยนี้ได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/2563 เลขที่โครงการ HE621390 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลเชิงยืน จำนวน 155 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	65 (41.9)
หญิง	90 (58.1)
อายุ	
32-59 ปี	37 (23.9)
60-65 ปี	127 (76.1)



ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ	109 (70.3)
เกษตรกร	18 (11.7)
อาชีพรับจ้าง	17 (10.9)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11 (7.1)
อาชีพอื่นๆ	
สถานะภาพสมรส	
สมรสและอยู่ร่วมกัน	122 (78.7)
หม้าย	16 (10.3)
โสด	11 (7.1)
หย่า/แยกกันอยู่	6 (3.9)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	121 (78.1)
มัธยมศึกษา	26 (16.7)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4 (2.6)
อื่น ๆ	4 (2.6)
ดัชนีมวลกาย (BMI)	
< 25.00	96 (61.9)
≥ 25.00	59 (38.1)
ความพิการ	
ไม่มีความพิการ	146 (94.2)
มีความพิการ	9 (5.8)
การสูบบุหรี่	
ไม่เคยสูบบุหรี่	108 (69.7)
เลิกสูบบุหรี่แล้ว	26 (16.8)
ยังสูบบุหรี่อยู่	21 (13.5)
การดื่มสุรา	
ไม่ดื่มสุรา	109 (70.3)
ดื่มสุรา	46 (29.7)
การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที	
ไม่สม่ำเสมอ	123 (79.4)
ออกกำลังกายเป็นประจำ	32 (20.6)
การรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มรสหวาน	
รับประทานรสหวานจัดนาน ๆ ครั้ง	60 (38.7)
รับประทานบางครั้ง	34 (21.9)



ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
รับประทานบ่อยครั้ง	24 (15.5)
ไม่รับประทานรสหวานจัด	19 (12.3)
รับประทานเป็นประจำ	18 (11.6)
การนอนหลับมากกว่าวันละ 7 ชั่วโมง	
ผู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำ	50 (32.3)
ผู้ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง	45 (29.1)
ผู้ที่ปฏิบัติบางครั้ง	36 (23.2)
ผู้ที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	21 (13.5)
ผู้ที่ไม่ปฏิบัติ	3 (1.9)
สุขภาพโดยทั่วไป	
สุขภาพดี	89 (57.4)
ปานกลาง	62 (40.0)
สุขภาพแย่	4 (2.6)
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน	
โรคเบาหวานในช่วง 0-5 ปี	76 (49.0)
โรคเบาหวาน 6-10 ปี	39 (25.2)
โรคเบาหวาน 11-15 ปี	27 (17.4)
โรค มากกว่า 20 ปี	5 (3.2)
โรค 16-20 ปี	8 (5.2)
จำนวนยาโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ประจำ (รวมถึงยาเบาหวาน)	
ใช้ยา 0-4 ชนิด	136 (87.7)
ใช้ยามากกว่า 4 ชนิด (polypharmacy)	19 (12.2)
จำนวนครั้งการปรับเพิ่ม ยาใน 1 ปี	
มีการปรับเพิ่มยา	86 (54.5)
ไม่ปรับเพิ่ม	69 (44.5)
การใช้ยาสมุนไพรในการช่วยรักษาใน 1 ปี	
ไม่ใช้ยาสมุนไพร	138 (89.0)
ใช้ยาสมุนไพร	17 (11.0)
การรับประทานยา/ใช้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง	
รับประทานยาถูกต้อง	138 (89.0)
รับประทานยาไม่ถูกต้อง	17 (11.0)
การฝึกนวดใน 1 ปี	
ไม่เคยฝึกนวด	90 (58.1)
เคยฝึกนวด	65 (41.9)



ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)	
7.0 % - 8.0 %	94 (60.6)
> 8.0 %	61 (39.4)
การรับประทานยาจำนวนมากทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง	
ใช่	128 (82.6)
ไม่ใช่	27 (17.4)
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน (L-IADL)	
L-IADL 0-4	6 (3.9)
L-IADL 5-8	149 (96.1)
คู่สมรส	
คู่สมรสนี้ยังมีชีวิตอยู่และอยู่ด้วยกัน	125 (80.6)
ถึงแก่กรรม	17 (11)
ไม่มีคู่สมรส	8 (5.2)
คู่สมรสนี้ยังมีชีวิตอยู่แต่แยกกันอยู่	5 (3.2)
ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร	
อยู่กับคู่สมรส/บุตร	139 (89.7)
อยู่ตามลำพัง	7 (4.5)
อื่น ๆ	9 (5.8)
ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว	
รักใคร่กันดี	151 (97.4)
ต่างคนต่างอยู่	4 (2.6)
มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ช่วยควบคุมโรคเบาหวาน	
มีผู้ช่วยควบคุม	115 (74.2)
ไม่มีผู้ช่วยควบคุม	40 (25.8)
การทำงานในปัจจุบัน	
ทำงาน	110 (71)
ไม่ได้ทำงาน	45 (29)
ความกังวลเรื่องการเงิน	
ไม่มีความกังวล	97 (62.6)
มีกังวล	58 (37)
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	
เพียงพอ	89 (57.3)
ไม่เพียงพอ	66 (42.7)



ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	
เข้าร่วมบ่อยครั้ง	95 (60.6)
เข้าร่วมนานๆครั้ง	54 (34.8)
ไม่เคยเข้าร่วม	6 (4.6)
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเบาหวานด้วยอินซูลิน	
มีความรู้เพียงพอ	116 (74.8)
มีความรู้ไม่เพียงพอ	39 (25.2)
ทัศนคติต่อการใช้อินซูลิน	
ทัศนคติดี	6 (3.8)
ทัศนคติไม่ดี	149 (96.2)

สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้

จากโรงพยาบาลเชิงเย็น จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีสัดส่วน ร้อยละ 81.94 (95% CI 75.81-88.06)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆกับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พบมีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้ เมื่อใช้สถิติโคสแควร์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้เมื่อใช้สถิติโคสแควร์

ปัจจัย	จำนวน(ร้อยละ)		OR (95% CI)	P-value
	ประสงค์ใช้อินซูลิน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน จำนวน (ร้อยละ)		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	27 (22.1)	95 (77.9)	1	0.011* [†]
มัธยมศึกษาขึ้นไป	1 (3.0)	32 (97.0)	9.095 (1.19-69.65)	
สิทธิการรักษา				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	27 (20.5)	105 (79.5)	1	0.079 [†]
อื่นๆ	1 (4.3)	22 (95.7)	5.657 (0.73-43.86)	
ความพิการ				
มีความพิการ	24 (16.4)	122 (83.6)	1	0.057 [†]
ไม่มีความพิการ	4 (44.4)	5 (55.6)	0.246 (0.06-0.98)	



ปัจจัย	จำนวน(ร้อยละ)		OR (95% CI)	P-value
	ประสงค์ใช้อินซูลิน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ประสงค์ใช้ อินซูลิน จำนวน (ร้อยละ)		
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	24 (22.4)	83 (77.6)	1	
สูบบุหรี่	4 (8.3)	44 (91.7)	3.181 (1.04-9.75)	0.035* [†]
สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน				
สุขภาพดี	26 (17.2)	125 (82.8)	1	
สุขภาพไม่ดี	2 (50.0)	2 (50.0)	0.208 (0.03-1.55)	0.150 [†]
การใช้ยาสมุนไพร				
มี	5 (31.3)	11 (68.8)	1	
ไม่มี	23 (16.5)	116 (83.5)	0.436 (0.14-1.38)	0.170
ภาวะไขมันในเลือดสูง				
เป็น	10 (13.3)	65 (86.7)	1	
ไม่เป็น	18 (22.5)	62 (77.5)	0.530 (0.23-1.24)	0.138
ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว				
รักใคร่กันดี	26 (17.2)	125 (82.8)	1	
ต่างคนต่างอยู่	2 (50.0)	2 (50.0)	0.208 (0.03-1.55)	0.150 [†]
ความกังวลเรื่องการเงิน				
ไม่มี	6 (9.1)	60 (90.9)	1	
มี	22 (24.7)	67 (75.3)	0.305 (0.12-0.80)	0.012*
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม				
บ่อย	17 (24.3)	53 (75.7)	1	
นานๆครั้ง	11 (12.9)	74 (87.1)	2.158 (0.94-4.98)	0.068
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา				
เบาหวานด้วยอินซูลิน				
มีความรู้เพียงพอ	17 (14.7)	99 (85.3)	1	
มีความรู้ไม่เพียงพอ	11 (28.2)	28 (71.8)	0.437 (0.18-1.04)	0.057
ทัศนคติต่อการใช้อินซูลิน				
ทัศนคติดี	3 (50.0)	3 (50.0)	1	
ทัศนคติไม่ดี	25 (16.8)	124 (83.2)	4.960 (0.95-26.01)	0.073 [†]

*p-value <0.05, [†] ค่าวิเคราะห์ได้จากการทดสอบ Fisher's exact test



ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple Logistic Regression จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Adjust OR= 4.156 p-value < 0.05 95%CI:1.396-12.371) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน โดยมีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง (L-IADL) (Adjust OR= 10.799 p-value<0.05 95%CI: 1.473-79.203) และความกังวลเรื่องการเงิน (Adjust OR= 0.66 p-value<0.05 95%CI:0.068-6.446) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ประสงค์การรักษาไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ สิทธิการรักษา ทศนคติต่อการใช้อินซูลิน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาเบาหวานด้วยอินซูลิน ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ภาวะไขมันในเลือดสูง การใช้สมุนไพรในการช่วยการรักษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรืออธิบายได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่ใช่ว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการไม่ประสงค์การไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ตารางแสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้ ในโรงพยาบาลเชิงย่น จังหวัดมหาสารคาม เมื่อผู้วิจัยใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple Logistic Regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI for OR		p-value
		Lower	Upper	
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	4.15	1.39	12.37	0.010*
การสูบบุหรี่	2.49	0.68	9.08	0.166
สิทธิการรักษา	10.04	0.71	141.04	0.087
การทำกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อน	10.79	1.47	79.20	0.019*
ทัศนคติต่อการใช้อินซูลิน	4.57	0.41	50.49	0.215
ความรู้ความเข้าใจอินซูลิน	0.44	0.12	1.51	0.193
ความกังวลเรื่องการเงิน	0.32	0.10	0.99	0.049*
ความสัมพันธ์ของครอบครัว	0.66	0.06	6.44	0.724
ภาวะไขมันในเลือดสูง	0.41	0.13	1.25	0.118
การใช้ยาสมุนไพรช่วยรักษา	0.31	0.06	1.44	0.135

*p-value <0.05



สรุปผลการวิจัย

สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้พบมากถึงร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน และพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน โดยมีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง เพิ่มโอกาสที่จะไม่ประสงค์ใช้อินซูลินแม้มีข้อบ่งชี้ และความกังวลด้านการเงินนั้นมีผลต่อการลดการที่จะไม่ใช้อินซูลินเมื่อมีข้อบ่งชี้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทีมบุคลากรด้านสาธารณสุขและชุมชนควรช่วยผู้ป่วยในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินเมื่อมีข้อบ่งชี้ และควรจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้ป่วยเบาหวานภายในชุมชนให้เหมาะสม เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลรักษา นำไปสู่การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องสัดส่วน พบว่า สัดส่วนของการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้อินซูลิน มีค่าร้อยละ 81.94 (95% CI 75.81-88.06) ทั้งนี้ ข้อมูลการประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยปี 2549⁽⁴⁾ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 69.8 ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 25.3 ที่ใช้อินซูลิน และจากการสรุปการประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32,596 ราย มีประวัติการใช้อินซูลินรักษาโรคเบาหวานเพียง ร้อยละ 22.6⁽⁵⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลแนวโน้มการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสหรัฐอเมริกาจากปี ค.ศ. 1997 ถึง ค.ศ. 2007 พบว่า มีแนวโน้มของการใช้อินซูลินลดลง จากร้อยละ 38.2 เหลือเพียงร้อยละ 24.4 และเมื่อศึกษาข้อมูลจาก National Diabetes Statistics Report พบว่าในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยเบาหวานที่อายุมากกว่า 18 ปี มีผู้ใช้อินซูลินจำนวน 2.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละเพียง 14.0⁽⁶⁾ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลินในการรักษาจำนวนน้อย และมีแนวโน้มที่จะไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในจำนวนที่มากขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple Logistic Regression พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับมีความสัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้อินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมพบว่า มีแนวโน้มที่จะไม่ประสงค์ใช้อินซูลินเพิ่มขึ้นเพราะการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาโรค นำไปสู่ความเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุม



เบาหวานได้โดยที่ยังไม่ต้องใช้ยาฉีด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพร ทองเนื่อนวล⁽¹⁰⁾ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ทำให้บุคคลเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับหน่วยของสังคม ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของอริสรา สุขวักนี้⁽¹¹⁾ พบว่าการช่วยเหลือทางสังคมส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น มีความสามารถดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีการปฏิเสธไม่ใช้อินซูลินมากขึ้น นอกจากนี้ ปัจจัยความกังวลเรื่องการเงินพบว่ามีความสัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้อินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุปรียญา พรหมมาลุม⁽¹²⁾ ที่พบว่าการมีสถานภาพทางการเงินที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารังนี้้น ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาที่ครอบคลุม ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้อินซูลินนั่นเอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนโดยมีอุปสรรคมาเกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้อินซูลิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจจะเป็นเพราะว่าเมื่อมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นซับซ้อนโดยมีอุปสรรคมาเกี่ยวข้องสูงนั้นแสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตัวเองได้สูง จึงอาจจะมั่นใจในการดูแลตัวเองควบคุมอาหารรับประทานยา เป็นผลให้ปฏิเสธการใช้อินซูลินรักษาเบาหวาน ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ สิทธิการรักษา ทัศนคติต่อการใช้อินซูลิน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาเบาหวานด้วยอินซูลิน ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ภาวะไขมันในเลือดสูง การใช้สมุนไพรในการช่วยการรักษา มีความสัมพันธ์กับการไม่ประสงค์ใช้อินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ด้วยวิธีศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) จึงมีข้อจำกัดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าปัจจัยใดเกิดก่อนเกิดหลัง อีกทั้งข้อมูลบางส่วนได้จากการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุจึงอาจมีข้อจำกัดทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจาก recall bias ได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ถึงตัวโรค การรักษา ข้อดีข้อเสียในข้อยาแต่ละชนิด รวมถึงลำดับการให้ยารักษา เพื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะได้ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากไม่ต้องการฉีดอินซูลิน เป็นสิ่งที่สำคัญ และควรจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้ป่วยเบาหวานภายในชุมชนให้เหมาะสม เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลรักษา นำไปสู่การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงยืน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ อาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือในการทำวิจัย พยาบาล เจ้าหน้าที่ของคลินิกโรคเรื้อรัง ห้องส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลเชียงยืนทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล การให้คำแนะนำและการช่วยเหลือทั่วไป รวมถึงทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ที่ได้ช่วยทำ ให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. เดือนประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวระวังป่วยโรคเบาหวาน. 2560.
2. ชัชลิต รัตตสาร. สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อ ปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย การยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษา และ ขยายการเข้าถึงการรักษาโรคเบาหวาน นำไปสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร; 2561.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์; 2560.
4. Goh SY, Ang E, Bajpai S, Deerochanawong C, Hong E-G, Hussein Z, et al. A patient-centric approach to optimize insulin therapy in Asia. J Diabetes Complications [Internet]. 2016 Aug;30(6):973–80. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056872716301726>
5. ราม รังสินธุ์. สรุปการประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2553-2558. 2559.
6. Division of Diabetes Translation. Estimates of Diabetes and Its Burden in the Epidemiologic estimation methods, National Diabetes Statistics Report , 2014. Atlanta; 2014.
7. กิรติ ไตรศิริสถิต, ทิพาพร ชาระวานิช. อัตราการยินยอมฉีดอินซูลินภายหลังการเข้าโปรแกรมอบรมแบบครอบคลุม เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาตามปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ปฏิเสธการฉีดอินซูลิน. ธรรมชาติศาสตร์เวชสาร. 2561;18(3):291–9.
8. Yilmaz A, Ak M, Cim A, Palanci Y, Kilinc F. Factors influencing insulin usage among type 2 diabetes mellitus patients: A study in Turkish primary care. Eur J Gen Pract. 2016;22(4):255–61.
9. Peyrot M, Rubin RR, Kruger DF, Travis LB. Correlates of insulin injection omission. Diabetes Care. 2010 Feb;33(2):240–5.



10. ปิยะพร ทองเนียนวล, ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2562;2(2):14–25.
11. Arissara Sukwatjane, Kanaungnit Pongthavornkamol, Gail Low, Nantawon Suwonnaroop W, Pinyopasakul SC. Benefits of a Self-Help Group for Rural Thai Elders with Type-2 Diabetes. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2011;15(3):220–33.
12. Prommaloon S, Wattanakitkriear D. Factors Influencing Insulin Adherence in Patients with Type 2 Diabetes. 2017;35(1):61–71.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาด
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

FACTORS ASSOCIATED WITH STRESS OF HEALTHCARE WORKERS AT TAMBON
HEALTH PROMOTION HOSPITAL NAKHONPHANOM PROVINCE, DURING
THE CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) OUTBREAK

Received: July 07, 2022

Revised: August 08, 2022

Accepted: August 23, 2022

ขันชัย ขันทะชา^{1*}

Khanchai Khanthacha^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเครียดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.41 รองลงมา ความเครียดระดับสูง และระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 35.08 และ 18.85 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ เพศ ($OR_{adj} = 2.15, 95\% CI: 1.06-4.36$) การใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ($OR_{adj} = 3.34, 95\% CI: 1.56-7.15$) ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ($OR_{adj} = 6.9, 95\% CI: 1.42-33.52$) และปัจจัยด้านปัญหานอกเหนือจากงาน ($OR_{adj} = 3.22, 95\% CI: 1.68-6.16$)

ดังนั้น หน่วยงานสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางเพื่อลดความเครียดโดยการส่งเสริมให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่พบว่ามีเครียดในระดับน้อยถึงปานกลางในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานด้านการควบคุมการระบาดของโรค อีกทั้งควรมีการจัดการคัดกรองและวางแนวทางเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดสูงถึงรุนแรง อาจช่วยป้องกันในเรื่องของปัญหาทางสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ได้

คำสำคัญ: ความเครียด, บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

Nakhonphanom Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: khancha01@hotmail.com



Abstract

The objective of this study was to evaluate stress levels and factors associated with stress of healthcare workers in Tambon Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. This was a cross-sectional analytical study. The sample consisted of 191 people were investigated by using the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression statistics.

The findings indicated that the sample's stress was at a moderate level (42.41%), followed by a high level of stress (35.08%), and a severity level of stress (18.85%), respectively. Factors associated with stress of healthcare workers in Tambon Health Promoting Hospital included gender ($OR_{adj} = 2.15$, 95% CI: 1.06–4.36), wearing personal protective equipment (PPE) ($OR_{adj} = 3.34$, 95% CI: 1.56–7.15), organizational structure and climate ($OR_{adj} = 6.9$, 95% CI: 1.42 – 33.52), and unrelated work problem ($OR_{adj} = 3.22$, 95% CI: 1.68 – 6.16).

Therefore, the findings would be beneficial for an agency as a guideline to reduce stress by promoting activities for knowledge exchange about the operation in the areas where mild to moderate levels of stress are found to ensure work efficiency in controlling the disease outbreak. Moreover, screening should be managed and a guideline should be set to help risk groups with severe to very severe stress levels, which probably helps prevent mental health problems among medical workers.

Keywords: Stress, Healthcare workers in Tambon Health Promoting Hospital, Coronavirus disease 2019 (COVID-19)



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถูกพบครั้งแรกในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หลังจากนั้นมีการระบาดทำให้มีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน⁽¹⁾ โดยสถิติคนติดเชื้อทั่วโลก วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสม 562,672,324 ราย และเสียชีวิต 6,367,793 ราย⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสม 4,463,557 ราย และเสียชีวิต 30,143 ราย⁽³⁾ ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2564 พบการระบาดของติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์โอมิครอน (Omicron) ทำให้มีการพบผู้ติดเชื้อสายพันธุ์นี้ในหลายจังหวัด และยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มต่อเนื่อง โดยเฉพาะช่วงหลังเทศกาลปีใหม่ อาจมีผู้ติดเชื้อแบบก้าวกระโดดมากถึงวันละหมื่นราย⁽⁴⁾ สำหรับจังหวัดนครพนม จากการรายงานสถานการณ์ เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เดือนมกราคม 14,941 ราย และเสียชีวิต 90 ราย⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่า นับตั้งแต่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สายพันธุ์ดั้งเดิมหรืออู่ฮั่น เข้ามาระบาดในระลอกแรก เมื่อต้นปี 2563 และตามมาด้วยสายพันธุ์อื่นๆ ในแต่ละระลอก และกำลังระบาดระลอก 5 ในขณะนี้ เป็นอีกวิกฤตที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับมือ⁽⁶⁾

จากสถานการณ์การระบาดของโรคบุคลากรทางการแพทย์จะต้องปฏิบัติงานในด้านหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ได้รับการตรวจรักษาที่เร็วขึ้น ตลอดจนตรวจไม่พบเชื้อและหายจากโรคให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ลดการสูญเสีย ในการปฏิบัติงานดังกล่าวทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานหนักมากขึ้น ช่วงการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว ทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ภายใต้อาการกดดันและคาดหวังจากหลายภาคส่วนในการดูแลคนจำนวนมาก รวมถึงการต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ในการปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นเวลานานและเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งให้เจ้าหน้าที่เกิดความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยต่อการทำงาน และอาจทำให้มีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจได้⁽⁷⁾ อีกทั้งยังห่างจากครอบครัว รวมถึงภาวะเครียดจากความกดดัน ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบจากผู้ป่วย ญาติ และสังคม ในระยะนี้จึงอาจเกิดความรู้สึกตึงเครียด กังวลใจ กลัว หดหู่ ท้อแท้เหนื่อยล้า จากงานที่ต้องเผชิญได้มากกว่าปกติ⁽⁸⁾ การดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงมีความสำคัญไม่ต่างจากการดูแลสุขภาพกาย

ในประเทศไทยได้มีการสำรวจสุขภาพจิตในช่วงภาวะวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (rapid survey) ของกรมสุขภาพจิต โดยการสุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศตามเขตสุขภาพ ครั้งที่หนึ่ง (วันที่ 12-18 มีนาคม 2563) จำนวน 605 คน และครั้งที่สองจำนวน 578 คน (วันที่ 30 มีนาคม ถึง วันที่ 5 เมษายน 2563) พบว่า ในระยะเวลาสองสัปดาห์ผ่านไประดับความเครียดของบุคลากรเพิ่มขึ้น ความเครียดระดับปานกลางจากร้อยละ 24.00 เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.80 ในครั้งที่สองและระดับมากและมากที่สุดจากร้อยละ 6.40 เป็นร้อยละ 7.90⁽⁹⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



มากกว่าร้อยละ 50 มีความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ เพศหญิง อายุ สถานภาพโสด การทำงานที่ต้องสัมผัสกับการติดเชื้อและความรู้สึกด้อยความสามารถในการทำงาน⁽¹⁰⁾ และยังพบปัจจัยทำงาน เช่น การทำงานด้านลักษณะงาน การทำงานด้านตำแหน่งงาน การทำงานด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การทำงานด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานสามารถกระตุ้นให้เกิดความเครียด⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งข้อมูลที่ได้จะช่วยสะท้อนภาพให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตจากการทำงานที่เกิดขึ้นในสภาวะวิกฤตของบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถนำไปวางแผนการรักษาเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพจิตของบุคลากร และเป็นแนวทางในการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากรในการศึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 608 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้
 - 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม
 - 2) บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานในตำแหน่ง ดังต่อไปนี้ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักวิชาการแพทย์



แผนไทย และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือนุคลากรทางแพทย์ที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางจิต โรคติดกัญชา โรคซึมเศร้า จิตเภท โรคจิตแอลกอฮอล์และสารเสพติด

2) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ นุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 191 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง Simple logistic regression เมื่อตัวแปรอิสระที่สนใจมีลักษณะ Binary หรือ dichotomous⁽¹³⁾ ดังต่อไปนี้

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

กำหนดให้

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

$$Z_{1-\beta} = 0.84 \text{ เมื่อกำหนดให้ } \beta = 0.20 \text{ (Power of test } (1-\beta) = 80\%)$$

$$P = \text{ค่าสัดส่วนของการเกิดเหตุการณ์}^{(14)} = 0.8132$$

$$P_0 = \text{สัดส่วนของพยาบาลที่มีความเครียดและไม่ได้ทำงานในหอผู้ป่วยแยกกัก}^{(14)} = 0.85$$

$$P_1 = \text{สัดส่วนของพยาบาลที่มีความเครียดและทำงานในหอผู้ป่วยแยกกัก}^{(14)} = 0.69$$

$$B = \text{สัดส่วนของพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยแยกกัก}^{(14)} = 0.23$$

ได้ค่าเท่ากับ $n = 173$ หลังจากนั้นได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยคำนึงถึงผลที่เกิดจากตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยปรับด้วยค่า variance inflation factor โดยใช้สูตร⁽¹⁵⁾

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - \rho^2_{123 \dots p})}$$

ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ เท่ากับ 0.3 จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณเท่ากับ 191 คน ในการศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากจากพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งหมด 12 แห่ง โดยสุ่มมา 6 แห่ง และคิดสัดส่วนจำนวนบุคลากรในแต่ละอำเภอ และทำการคิดสัดส่วนในแต่ละตำแหน่งทั้ง 6 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างโดยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยทำการสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และตำแหน่ง



ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานระหว่างการรักษาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการทำงาน แบ่งข้อมูลออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงานและภาระงาน ด้านบทบาทในองค์กร ด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร และด้านปัญหานอกเหนือจากงาน คำถามแบ่งเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อเชิงลบให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ ส่วนข้อเชิงบวกให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ จากนั้นนำคะแนนของแต่ละปัจจัยในการทำงาน โดยใช้วิธีการแบ่งกลุ่มแบบอิงกลุ่ม ซึ่งแบ่งช่วงคะแนนตามแนวคิดของ (Best, 1981)⁽¹⁶⁾ ได้ช่วงคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.32 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.33-3.66 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียด ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง⁽¹⁷⁾ คำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งคำถามตามระดับความเครียดดังนี้ คือ 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด จากนั้นนำคะแนนรวมมาแบ่งเกณฑ์ความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-23 คะแนน มีระดับความเครียดน้อย คะแนน 24-41 คะแนน มีระดับความเครียดปานกลาง คะแนน 42-61 คะแนน มีระดับความเครียดสูง คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเครียดรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) คำนวณได้ ระหว่าง 0.66-1.00 และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่หาความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรทางแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป ในการคำนวณค่าสถิติ ได้แก่ การใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ด้วยวิธี Backward elimination



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เลขที่ REC 002/65

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างสองในสามเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.54 อายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐาน 42 ปี ร้อยละ 52.36 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 41 ปีขึ้นไป สองในสามของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 65.97 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 82.72 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.37 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.46 กลุ่มตัวอย่างตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 32.46 รองลงมาตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 26.70

2. ระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระดับความเครียดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.41 ทั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรงคิดเป็น ร้อยละ 35.08 และ 18.85 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 191)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียดรุนแรง	36	18.85
ระดับความเครียดสูง	67	35.08
ระดับความเครียดปานกลาง	81	42.41
ระดับความเครียดน้อย	7	3.66
Median = 43 Max = 100 Min = 50		

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คิดเป็นร้อยละ 97.91 ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงมากที่สุดต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คิดเป็นร้อยละ 52.88 กลุ่มตัวอย่างเคยถูกจำกัดการสัมผัสใกล้ชิดคนอื่นทั้งในและ



นอกเวลาปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 71.20 การทำงานจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด คิดเป็นร้อยละ 97.38 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่ต้องใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 75.92 กลุ่มตัวอย่างเคยเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง/เสี่ยงต่ำต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร้อยละ 76.44 ส่วนใหญ่กลัวการติดเชื้อและส่งผลกระทบต่อตัวเอง เพื่อนร่วมงานครอบครัว และผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 90.05 กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนด้วย ระบบ HI และ CI เป็นการเพิ่มภาระงานที่มากขึ้นจากงานที่ปฏิบัติอยู่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 76.44 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	จำนวน	ร้อยละ
การให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
ใช่	187	97.91
ไม่ใช่	4	2.09
การได้รับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
มีความเสี่ยงน้อย	13	6.81
มีความเสี่ยงมาก	77	40.31
มีความเสี่ยงมากที่สุด	101	52.88
เคยถูกจำกัดการสัมผัสใกล้ชิดคนอื่นทั้งในและนอกเวลาปฏิบัติงาน		
เคย	136	71.20
ไม่เคย	55	28.80
ในการทำงานท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตลอดเวลาอย่างเคร่งครัด		
ใช่	186	97.38
ไม่ใช่	5	2.62
มีความเครียดเกี่ยวกับภาวะกับภาวะขาดน้ำ (dehydration) ความร้อน/ความอ่อนเพลีย หากต้องใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ		
ใช่	145	75.92
ไม่ใช่	46	24.08
เคยเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง/เสี่ยงต่ำต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต้องแยกตัวจากครอบครัว		
เคย	146	76.44
ไม่เคย	45	23.56



การทำงานในสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	จำนวน	ร้อยละ
เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แล้วต้องแยกตัวจากครอบครัว		
เคย	40	20.94
ไม่เคย	151	79.06
กลัวการติดเชื้อและผลกระทบที่ตามมาต่อตัวเอง เพื่อนร่วมงานครอบครัว และผู้รับบริการ		
ใช่	172	90.05
ไม่ใช่	19	9.95
ในพื้นที่ของท่านมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
มี	191	100.00
คิดว่าการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนด้วย ระบบ HI และ CI เป็นการเพิ่มภาระงานที่มากขึ้นจากงานที่ปฏิบัติอยู่แล้ว		
ใช่	146	76.44
ไม่ใช่	45	23.56

4. ปัจจัยในการทำงานที่เป็นสาเหตุของความเครียด

ปัจจัยในการทำงานโดยแบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียดตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งเห็นด้วยในระดับมากกับด้านลักษณะงานและภาระงาน คิดเป็นร้อยละ 56.54 สำหรับด้านบทบาทในองค์กร ด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้า ในอาชีพ ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร และด้านปัญหานอกเหนือจากงานเห็นด้วยในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.73, 77.49, 58.12, 61.26, และร้อยละ 51.31 ตามลำดับ ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามปัจจัยในการทำงานที่เป็นสาเหตุของความเครียด

ปัจจัยในการทำงาน	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านลักษณะงานและภาระงาน	108 (56.54)	78 (40.84)	5 (2.62)
ด้านบทบาทในองค์กร	69 (36.13)	116 (60.73)	6 (3.14)
ด้านสัมพันธภาพในการปฏิบัติงาน	37 (19.37)	148 (77.49)	6 (3.14)
ด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ	73 (38.22)	111 (58.12)	7 (3.66)
ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร	18 (9.42)	117 (61.26)	56 (29.32)
ด้านปัญหานอกเหนือจากงาน	85 (44.50)	98 (51.31)	8 (4.19)



5. ความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลลักษณะบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปัจจัยในการทำงานกับความเครียดด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อความเครียดสูง-รุนแรง เป็น 2.15 เท่าของเพศหญิง ($OR_{adj} = 2.15$, 95% CI: 1.06–4.36, $p\text{-value} = 0.032$) กลุ่มที่ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองมีความเสี่ยงต่อความเครียดสูง-รุนแรงเป็น 3.34 เท่าของกลุ่มที่ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ($OR_{adj} = 3.34$, 95% CI: 1.56–7.15, $p\text{-value} = 0.002$) ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กรที่เห็นด้วยระดับมากในการส่งผลต่อความเครียดในการทำงานมีความเสี่ยงต่อความเครียดสูง-รุนแรงเป็น 6.9 เท่าของกลุ่มที่เห็นด้วยระดับปานกลาง-น้อยในการส่งผลต่อความเครียดในการทำงาน ($OR_{adj} = 6.9$, 95% CI: 1.42 – 33.52, $p\text{-value} = 0.017$) ด้านปัญหานอกเหนือจากงานที่เห็นด้วยระดับมากในการส่งผลต่อความเครียดในการทำงาน มีความเสี่ยงต่อความเครียดสูง-รุนแรงเป็น 3.22 เท่า ของกลุ่มที่เห็นด้วยระดับปานกลาง-น้อย ความเครียดในการทำงาน ($OR_{adj} = 3.22$, 95% CI: 1.68 – 6.16, $p\text{-value} = <0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์: วิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร (Multiple logistic regression)

ตัวแปร	กลุ่มที่มีภาวะ ความเครียด สูง-รุนแรง	กลุ่มที่มีภาวะ ความเครียด ปานกลาง-ต่ำ	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	63	66	1	
ชาย	40	22	2.15 (1.06 – 4.36)	0.032
การใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE)				
ไม่ใช่	14	32	1	
ใช่	89	56	3.34 (1.56 – 7.15)	0.002
ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร				
เห็นด้วยน้อย-ปานกลาง	87	86	1	
เห็นด้วยมาก	16	2	6.9 (1.42 – 33.52)	0.017
ด้านปัญหานอกเหนือจากงาน				
เห็นด้วยน้อย-ปานกลาง	43	63	1	
เห็นด้วยมาก	60	25	3.22 (1.68 – 6.16)	< 0.001



สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเครียดปานกลาง แต่ยังมีหนึ่งในสามมีความเครียดระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ เพศ การที่ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร และด้านปัญหานอกเหนือจากงาน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความเครียด

ระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.41 ซึ่งเป็นความเครียดในระดับที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน⁽¹⁸⁾ ไม่ก่อให้เกิดผลรุนแรงต่อสภาพจิตใจ และสามารถปรับตัวกลับสู่ภาวะปกติกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วงที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลมีจำนวนผู้ติดเชื้อมีอาการไม่รุนแรงและเริ่มลดจำนวนลง อีกทั้งจะปรับเข้าสู่โรคประจำถิ่น รวมถึงการบริหารจัดการและบริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับ สิมพร พรหมสาร และคณะ (2564)⁽²⁰⁾ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.10 และสอดคล้อง พรนิภา หาญละคร และคณะ (2564)⁽²¹⁾ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 48.80 การศึกษารังนี้ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 35.08 และ 18.85 ตามลำดับ ทำให้ส่งผลต่อร่างกายและสภาพจิตใจ ซึ่งนำไปสู่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ดังนั้น หน่วยงานควรมีการจัดการคัดกรอง และวางแนวทางเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดสูงถึงรุนแรง ซึ่งอาจช่วยป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เพศ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีความเครียดสูงและรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ($OR_{adj} = 2.15$, 95%CI = 1.06–4.36; p-value = 0.032) เนื่องจากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่รุนแรง บุคลากรทางการแพทย์เพศชายต้องออกปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมโรค ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระหว่างปฏิบัติงาน นำไปสู่การเกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อร่างกายและการใช้ชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันณทัต ดันธนปัญญกร และคณะ (2565)⁽²²⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (p-value = 0.004) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล (2563)⁽²³⁾



ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ เพศชาย ($OR = 3.30$, 95%CI: 1.60 ถึง 6.82)

การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 3.34$, 95%CI = 1.56–7.15; $p\text{-value} = 0.002$) เนื่องจากการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ในการปฏิบัติงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แต่เนื่องจากด้วยชุด PPE มีลักษณะการห่อหุ้มทั้งตัว มีการเคลื่อนไหวที่จำกัด และการขัดขวางการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย เมื่อบุคลากรสวมใส่ชุด PPE เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration) ความร้อน/ความอ่อนเพลีย ประกอบกับภาระงานที่หนักอาจนำไปสู่ความไม่สบายกาย ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zheng et al. (2021)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดของพยาบาลหูเป่ย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลหูเป่ย์ ($p\text{-value} = 0.002$)

ปัจจัยในการทำงานด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 6.9$, 95%CI = 1.42–33.52; $p\text{-value} = 0.017$) เนื่องจากหน่วยงานบางแห่งสถานที่ยังมีความคับแคบไม่เหมาะสม และไม่เอื้อต่อการเป็นที่พักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียด อีกทั้งยังขาดการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนวิดี เรืองจำเนียร และคณะ (2556)⁽²⁴⁾ พบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.01$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ประภาสอน (2564)⁽¹²⁾ พบว่า ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} = < 0.01$)

ด้านปัญหานอกเหนือจากงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 3.22$, 95%CI = 1.68–6.16; $p\text{-value} = < 0.001$) นอกจากภาระงานแล้วทำให้ห่างจากบุคคลในครอบครัว และต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว จึงส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียดได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ประภาสอน (2564)⁽¹²⁾ ได้ศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า ปัจจัยด้านปัญหานอกเหนือจากงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} = 0.083$)



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนหนึ่งในสามที่มีความเครียดสูง ควรมีการจัดการคัดกรอง และวางแผนทางโดยการส่งเสริมให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่พบว่ามีความเครียดในระดับน้อยถึงปานกลางในการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานด้านการควบคุมการระบาดของโรค เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดสูงถึงรุนแรง ซึ่งอาจช่วยป้องกันในเรื่องของปัญหาทางสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ได้ และสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง จะช่วยให้บุคลากรเกิดขวัญและกำลังใจในการทำงานได้อย่างมาก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรทางแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในการช่วยประสานงานการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta bio-medica 2020; 91(1): 160–157.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2022 [cited 2022 July 21, 2022]. Available from: <https://covid19.who.int/>
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
4. กรมควบคุมโรค. ประเมินความเสี่ยงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no718-211264.pdf>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สถานการณ์ COVID-19 จังหวัดนครพนม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid.nakhonphanom.go.th/news/detail/716>.
6. กระทรวงสาธารณสุข. โควิด-19: สธ.ประกาศไทยเข้าสู่การระบาดระลอกที่ 5 ยกระดับเตือนภัยเป็นเกือบสูงสุด. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/thailand-59890726>.



7. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ : ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/>
8. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลจิตใจบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/covid19/>
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=1>
10. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry research* 2020; 290: 113130.
11. ชาริณี อิ่มนาง, สิริรัตน์ ศรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี, ลำไย แสบงบาล. ความเครียดของบุคลากรด้านวิสัญญีในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรค COVID-19. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2564; 36(3): 352-347.
12. จารุวรรณ ประภาสอน. ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2564; 15(38): 483-469.
13. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine* 1998; 17: 1623-34.
14. Zheng R, Zhou Y, Qiu M, Yan Y, Yue J, Yu L, et al. Prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among Hubei pediatric nurses during COVID-19 pandemic. *Comprehensive psychiatry* 2021; 104: 152217.
15. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley; 2000.
16. Best JW. *Research in Education*. Englewood cliff, CA: Prentice –Hall; 1981.
17. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง; 2540.
18. กรมสุขภาพจิต. 4 ระดับความเครียด กับ 5 เทคนิคสร้างความสมดุลตามสูตร R E L A X. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30438>.

19. กระทรวงสาธารณสุข. โควิด-19: สธ.ประกาศไทยเข้าสู่การระบาดระลอกที่ 5 กระดับเตือนภัย เป็นเกือบสูงสุด. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/thailand-59890726>.
20. สิมافر พรหมสาร, ปิยะณัฐ พรหมสาร, กนกวรรณ รัตนแสงเลิศ. ความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศิริราชระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. เวชสารแพทย์ทหารบก 2564; 74(3): 204-197.
21. พรนิภา หาญละคร, ธาวิณี เพชรรัตน์, นิภาพรรณ ฤทธิรอด, สุดถนอม กมลเลิศ. ความเครียด ความกังวล และผลกระทบของบุคลากรทางการแพทย์ ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(4): 494-488.
22. ปณณทัต ต้นชนปัญญากร, กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์, กุลภัสร์ชา มาอ่อน, พลอยณณารินทร์ ราวินิจ, อานันตยา ป้องกัน. ความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส-2019 ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2565; 17(1): 125-111.
23. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). วารสารแพทย์เขต 4-5 2563; 39(4): 627-616.
24. พัฒนาคี เรืองจำเนียร, ณรงค์ณ เชิงใหม่, รพีพร เทียมจันทร์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. พิพนเศวรสาร 2556; 9(2): 110-97.



**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี**
**FACTORS RELATED OF SURVEILLANCE AND PREVENTION OF CORONAVIRUS
DISEASE 2019 (COVID-19) OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS (VHV)
IN THUNGFON DISTRICT UDON THANI PROVINCE**

Received: June 10, 2022

Revised: July 19, 2022

Accepted: July 31, 2022

พงศกร บุญมาตุ้ม¹, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล^{2*}, วรินทร์มาศ เกษทองมา²

Pongsakorn Boonmattoon¹, Wuttiphong Phakdeekul^{2*}, Warinmad Kedthongma²

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 489 คน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน 2565 รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.50 (อายุเฉลี่ย 54 ปี) (ระยะเวลาเป็น อสม. เฉลี่ย 14.60 ปี) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง การล้างมืออย่างถูกวิธี แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสารวางแผนติดตาม การค้นหาข้อมูลบันทึกรายงานผล และการสนับสนุนอุปกรณ์เวชภัณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r_s=0.694, 0.641, 0.715, 0.775, 0.635, 0.799, 0.765, 0.706$ และ 0.715 ตามลำดับ) สำหรับ อายุ และความรู้ มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s=0.089, 0.098$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), อสม., การเฝ้าระวังป้องกันโรค

¹ นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

¹ Master Student, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermpkrakiat Sakonnakhon Province Campus.

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Lecturer, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermpkrakiat Sakonnakhon Province Campus.

*Corresponding author E-mail: wuttiphong.p@ku.th



Abstract

This Cross-sectional descriptive study aimed to study factors related to surveillance and prevention among 489 Village Health Volunteers (VHVs) in Thungfon District, Udon Thani Province during February to April 2022. Data were collected by questionnaires with reliability 0.95. Data were analyzed by descriptive statistics, Spearman's correlation coefficient.

The results revealed that most samples were females 77.50% (mean aged 54 years) (average aged of VHVs 14.60 years). In addition, factors associated with surveillance and preventive were self-defense behavior, self-care, hand washing, work motivation, severity of disease perception, proactive disease control, communication plan follow-up, searching for report records and supporting for medical equipment with statistically significant at 0.01 level ($r_s=0.694, 0.641, 0.715, 0.775, 0.635, 0.799, 0.765, 0.706, \text{ and } 0.715$ respectively). And factors associated with surveillance and prevention were age and knowledge of COVID-19 with statistically significant at 0.05 level ($r_s=0.089, \text{ and } 0.098$ respectively).

Keywords: Coronavirus disease 2019 (COVID-19), Village Health Volunteers (VHVs), Surveillance and prevention



บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีความรุนแรงและมีการระบาดไปอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ประเทศไทยได้ประกาศให้โรคนี้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่เป็นโรคติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ แพร่กระจายเชื้อผ่านทางสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย และเสมหะของผู้ติดเชื้อสามารถแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว⁽²⁾ สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดอุดรธานี พบ ผู้ป่วยสะสม 20,913 คน เสียชีวิต 167 คน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.80 การแพร่ระบาดของโรคที่ผ่านมามีเกิดจากการนำเชื้อเข้ามาแพร่ระบาดในพื้นที่ ทำให้มีการติดเชื้อเป็นจำนวนมาก⁽³⁾ การเฝ้าระวังป้องกันโรค เป็นกระบวนการติดตาม สังเกต ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิดและการกระจายของโรค รวมถึงการรายงานผลในการเฝ้าระวังป้องกันโรค จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการควบคุมการระบาดของโรค⁽⁴⁾ ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ตามหลักการ การสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีเครือข่ายในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนผู้มีจิตอาสาเสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาท อสม. เพื่อลดโรคและปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)⁽⁵⁾ ซึ่ง อสม.มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังป้องกันโรคเชิงรุก ด้วยการรณรงค์เคาะประตูบ้าน ให้ความรู้ เฝ้าระวังติดตามผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ไม่ให้มีการแพร่ระบาดในพื้นที่เป็นวงกว้าง ค้นหาผู้ติดเชื้อในชุมชน คัดกรองงานกิจกรรมต่างๆ และรายงานผลการดำเนินงาน บูรณาการทำงานร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันโรค ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาด^(4,6)

อสม.มีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวังควบคุมโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สนับสนุนการปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่รัฐ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ทำให้ในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี มีผู้ติดเชื้อจากภายนอกที่เดินทางกลับมาจากต่างจังหวัด 238 คน และมีการแพร่ระบาดในพื้นที่ (ติดเชื้อภายใน) เพียง 13 คน ซึ่งเป็นผลงานเด่นในการควบคุมป้องกันโรคไม่ให้เกิดการระบาด⁽⁷⁾ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม.จะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมถึงโรคติดต่ออื่นที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมโรคต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม. อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม. อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ กลุ่ม อสม.พื้นที่อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 705 คน⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁽⁹⁾ จำนวน 444 คน แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลอาจได้รับแบบสอบถามไม่ครบหรือไม่สมบูรณ์ เพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถาม จึงใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ร้อยละ 10 คือ จำนวน 45 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 489 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก งานวิจัยของ กิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ⁽⁵⁾ รวมทั้งจากการศึกษาทบทวนวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 14 ข้อ

แบบสอบถามส่วนนี้ มีลักษณะข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ นำคะแนนที่ได้จากทุกข้อมารวมกัน นำมาจัดกลุ่มเพื่อวัดระดับความรู้ โดยนำคะแนนมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบเกณฑ์ประเมินความรู้แบบอิงเกณฑ์โดยแบ่งช่วงการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ Bloom (1986) เนื่องจากสอดคล้องกับผลการวิจัย ดังนี้ ระดับความรู้สูง มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80.0 (ช่วงคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) ระดับความรู้ปานกลาง มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60.0-79.0 (ช่วงคะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน) ระดับความรู้ต่ำ มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.0 (ช่วงคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน)⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม. จำนวน 50 ข้อ มีจำนวน 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการป้องกันตนเอง 2) การดูแลสุขภาพ



ตนเอง 3) การล้างมืออย่างถูกวิธี 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 6) การควบคุมโรคเชิงรุก 7) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม 8) การค้นหาข้อมูล บันทึก และรายงาน ผล และ 9) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ มีระดับการวัดเป็นอัตราช่วงสเกล (Interval Scale) แบบสอบถามเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยประยุกต์จาก ลีเคอร์ทสเกล (Likert Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ ถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการทดสอบ ความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ค่า IOC ที่ได้ เท่ากับ 0.93 (0.6-1.0) หาค่าความ เชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผลจากการคำนวณค่าความเที่ยง ของเครื่องมือแบบสัมพัทธ์มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ลักษณะส่วนบุคคลวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากคุณสมบัติของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน คือ การแจกแจงไม่ปกติ และได้แบ่งระดับความสัมพันธ์โดยใช้เกณฑ์ของ Hinkle et al (1998)⁽¹¹⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โครงการวิจัยเลขที่ UDREC 1865 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.50 อายุเฉลี่ย 54 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.30 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.80 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,573 บาท ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.50 ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 14.60 ปี ส่วนใหญ่ ไม่มีบทบาทอื่นทางสังคมนอกจากการเป็น อสม.ร้อยละ 71.00 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 22.90



ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่พบส่วนมาก จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	379	77.50
ชาย	110	22.50
2. อายุ (ปี)		
30 – 59 ปี	347	71.00
60 ปี ขึ้นไป	142	29.00
Mean. = 54 ปี, S.D.=9.5 ปี, Min =19 ปี Max =81 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
สมรส	417	85.30
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	72	14.70
4. ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	268	54.80
ประถมศึกษา	216	44.20
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5	1.00
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
≤ 5,000 บาท	414	84.70
5,001 บาท ขึ้นไป	75	15.30
Mean. = 3,573 บาท, S.D.= 3,927.5 บาท, Min. =300 บาท Max.=45,000 บาท		
6. อาชีพ		
เกษตรกร	384	78.50
แม่บ้าน/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	105	21.50
7. ระยะเวลาการเป็น อสม.		
<10 ปี	168	34.40
10 ปี ขึ้นไป	321	65.60
Mean. =14.6, S.D. =10.2, Min =1 Max =49		
8. บทบาทอื่นทางสังคมนอกเหนือจากการเป็น อสม.		
ไม่มีบทบาทอื่นทางสังคม	347	71.00



ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/อบต./อปพร.	88	18.00
กรรมการกองทุน/ชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มองค์กรต่างๆ	54	11.00
9. โรคประจำตัว		
ไม่มี	377	77.10
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	112	22.90

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม. พบว่า ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ บทบาทอื่นนอกจากการเป็น อสม. และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า ปัจจัย อายุ ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพฤติกรรม การป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง การล้างมืออย่างถูกวิธี แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสาร วางแผน และติดตาม การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผลการสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน กับ การปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของสเปียร์แมน (r _s)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
อายุ	0.089*	0.050	ต่ำมาก
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19)	0.098*	0.031	ต่ำมาก
พฤติกรรมป้องกันตนเอง	0.694**	<0.001	ปานกลาง



ตัวแปร	การปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับ
	ของสเปียร์แมน (r_s)		ความสัมพันธ์
การดูแลสุขภาพตนเอง	0.641**	<0.001	ปานกลาง
การล้างมืออย่างถูกวิธี	0.715**	<0.001	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.775**	<0.001	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.635**	<0.001	ปานกลาง
การควบคุมโรคเชิงรุก	0.799**	<0.001	สูง
การสื่อสาร วางแผน และติดตาม	0.765**	<0.001	สูง
การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล	0.706**	<0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์	0.715**	<0.001	สูง

* สหสัมพันธ์มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

** สหสัมพันธ์มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม. พบว่า ปัจจัย อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พฤติกรรมการป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง การล้างมืออย่างถูกวิธี แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสาร วางแผน และติดตาม การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษา ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม.

ลักษณะส่วนบุคคล พบปัจจัยด้านอายุที่มีความสัมพันธ์ในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.089$, $p < 0.050$) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของปรีศนิ หอมดี (2558)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งนี้เพราะประชากรที่ทำการศึกษาในพื้นที่ระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ใกล้เคียงกัน แต่มีอายุที่แตกต่างกันมาก



กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น มีประสบการณ์ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตและในการทำงานมาอย่างยาวนาน รวมทั้งการได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพ จากหน่วยงานต่างๆ และผ่านการรับมือของการระบาดของโรคติดต่อ ทั้งอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ มาอย่างต่อเนื่องที่เกิดขึ้นในช่วงของการดำเนินชีวิต ทำให้ อสม.มีความรู้พฤติกรรม และทักษะที่จะป้องกันโรคและการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จของการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.90

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์ในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s=0.098$, $p < 0.031$) ทั้งนี้เพราะ อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ดี และได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังควบคุมโรคระบาดอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดในปัจจุบัน ที่ อสม.จะต้องมีความรู้ ในการปฏิบัติงาน และเป็นโรคที่ประชาชนให้ความสนใจ ทำให้มีการสื่อสารองค์ความรู้มาจากหลากหลายช่องทาง รวมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.80 จากข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรณ คำแสน (2564)⁽¹³⁾ ที่พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับ กาญจนา ปัญญาธร และคณะ (2565)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Nueakhumung J, Kedthongma W, and Phakdeekul W (2020)⁽¹⁵⁾ ที่ความรู้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสาธารณสุขอาสาสมัครในสถาบันการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทักษะการปฏิบัติงานของ อสม. ในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ อสม.

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r_s=0.635$, $p < 0.001$) อธิบายได้ว่า จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบันที่มีการระบาดที่เกิดขึ้นทั่วโลก มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ผ่านหลากหลายช่องทาง เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การแพร่กระจายเชื้อ วิธีป้องกันโรค สิ่งเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของ อสม.ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค อันตรายของโรคและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ประชาชนและชุมชนจึงทำให้ อสม. ตระหนัก



และปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ อสม. มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ดี จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 63.50 จากข้อค้นพบดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563)^(5,16) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคของ อสม. ในชุมชน

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง การล้างมืออย่างถูกวิธี แรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน การควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสารวางแผนติดตาม การค้นหาข้อมูลบันทึกรายงานผล และการสนับสนุนอุปกรณ์เวชภัณฑ์ มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เพราะ การระบาดของโรคซึ่งมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ซึ่ง อสม. ได้รับรู้เกี่ยวกับการวิธีป้องกัน ตนเอง การควบคุมป้องกันโรคในชุมชน การรายงานผลการดำเนินงาน ทั้งจากการฝึกอบรม และรับรู้ จากสื่อต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ให้ประสบความสำเร็จทั้งการควบคุมโรค การสื่อสาร วางแผนติดตาม รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในการทำงานในพื้นที่ในการมีส่วนร่วมรวมกัน ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Krassanairawiwong, Suvannit, Pongpirul, and Tungsanga (2021)⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า อสม. มีบทบาทที่สำคัญในการมีส่วนร่วมกับ เจ้าหน้าที่ ในการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติงานเชิงรุก สามารถมีส่วนร่วมในการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ Nueakhumung J, Kedthongma W, and Phakdeekul W (2020)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยจูงใจ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในสถานการศึกษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kedthongma W. and Phakdeekul W. (2022)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อสุขภาพจิต และความเป็นอยู่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2020)⁽¹⁹⁾ ที่ได้ศึกษาการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในฮ่องกง ที่ประสบความสำเร็จในควบคุมจำนวนผู้ป่วย ไม่ให้มีการระบาด โดยประชาชนมีบทบาทที่สำคัญในการควบคุมป้องกันโรค และยังสอดคล้องกับ Wan et al. (2020)⁽²⁰⁾ ที่พบว่า เกาหลีใต้ ได้ดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคธุรกิจ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน จิตอาสา อาสาสมัคร ที่มีบทบาทเด่นในการควบคุมป้องกันโรค ที่ภาคประชาชนมีบทบาทสำคัญ ทั้งนี้ ซึ่งเป็นบทเรียน สำคัญในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันในการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค ดังกล่าว



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่า ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง การล้างมืออย่างถูกวิธี แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสารวางแผนติดตาม การค้นหาข้อมูลบันทึกรายงานผล และการสนับสนุนอุปกรณ์เวชภัณฑ์ มีความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน จึงควรมีการจัดอบรมเชิงวิชาการในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคที่รวดเร็ว และเพิ่มทักษะความรู้ที่ต่อเนื่องและทันสมัย เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ ให้กับ อสม. เพื่อการควบคุมป้องกันโรคที่รวดเร็ว และหน่วยงาน องค์กร ควรมีการสนับสนุนองค์ความรู้อย่างทั่วถึงในการปฏิบัติงานควบคุมโรค และควรสนับสนุนงบประมาณวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ
2. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งฝน ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ เพื่อใช้ในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ข้อมูลในการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, & China. Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences; 2020. 2(3).
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. นนทบุรี ; 2563.
3. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. สรุปสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ; 26 ธันวาคม พ.ศ.2564; อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2564.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับเจ้าหน้าที่ และ อสม. กรุงเทพมหานคร; 2563.
5. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยมภู และกชกร ฉายากุล. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2563; 12: 195-212.



6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. วัฒนการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2557.
7. ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอทุ่งฝน. ข้อมูลสถิติโรคโควิด 19 อำเภอทุ่งฝน. จังหวัดอุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งฝน; 2564.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งฝน. ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอทุ่งฝน. จังหวัดอุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งฝน; 2564.
9. อรุณ จิรวัดณ์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย Statistics for health science. กรุงเทพฯ: วิทย์พมน์; 2553.
10. Bloom BS. Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles; 1896.
11. Hinkle, D.E, William, W. and Stephen G. J. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th ed. New York. Houghton Mifflin; 1998.
12. ปรีศนิ หอมดี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอปากชม จังหวัดเลย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; 2558.
13. ณัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564; 4: 33-48.
14. กาญจนา ปัญญาธร, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และวรรณิ์ ครองยุติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE. 2565; 32: 189-204.
15. Nueakhumung J, Kedthongma W, & Phakdeekul W. Factor Effecting to Participation of Public Health Volunteers in Education Institution. test engineering & management. 2020; 83: 16230 - 16233.
16. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม และนวพร คำแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563; 14: 25-36.



17. Krassanairawiwong, T., Suvannit, C., Pongpirul, K., & Tungsanga, K. Roles of subdistrict health office personnel and village health volunteers in Thailand during the COVID-19 pandemic. *BMJ Case Reports CP*. 2021; 14: e244765.
18. Kedthongma W. and Phakdeekul W. Effects on Mental Health and Subjective Well-being of Thai Marriages with Foreigners During COVID-19 Pandemic. *Positive Psychology and Wellbeing*. 2022; 6: 863-870.
19. Lee, D., Heo, K., & Seo, Y. COVID-19 in South Korea: Lessons for developing countries. *World Development*. 2020; 135: 105057.
20. Wan, K.-M., Ho, L. K.-k., Wong, N. W., & Chiu, A. Fighting COVID-19 in Hong Kong: The effects of community and social mobilization. *World Development*. 2020; 134: 105055.



ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู

FACTORS AFFECTING ALCOHOL DRINKING OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN NONG BUA LAMPHU PROVINCE

Received: June 22, 2022

Revised: August 23, 2022

Accepted: August 25, 2022

สะไกร กันกางกุล^{1*}

Sakrai kunkangkool^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู วิจัยเชิงสำรวจ ใช้แบบสอบถาม จำนวน 381 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ ใช้สถิติ t – test วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา มีนักเรียนดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 35.70 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ภาพรวมขององค์ประกอบปัจจัย อยู่ระดับปานกลาง ด้านส่วนบุคคล อยู่ระดับมาก ด้านทัศนคติ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ระดับปานกลาง สถานที่ดื่ม ความถี่ของการดื่ม ปริมาณการดื่ม และลักษณะการดื่ม นั้นอยู่ในระดับน้อย การดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างนักเรียนชายกับหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนชายมีการดื่มมากกว่านักเรียนหญิง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนด้านทัศนคติ การมีส่วนร่วม และด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ จากการวิเคราะห์ Regression สามารถสมการพยากรณ์การดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้ การดื่มแอลกอฮอล์ = $0.799 + 0.405$ ด้านทัศนคติ + 0.221 ด้านการมีส่วนร่วม + 0.218 ด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะ ควรที่จะจัดให้มีกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ถูกต้อง สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกด้าน เข้าไปในหลักสูตร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรที่จะต้องร่วมกันในการดำเนินการพัฒนาปรับปรุง แก้ไข ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

คำสำคัญ : การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: sakrai_kkk@hotmail.com



Abstract

The purpose of this research was to study the factors affecting alcohol drinking of high school students in Nongbua Lamphu Province. Survey methodology used research questionnaires in 381 students. The research results were analyzed using descriptive and analyze statistics.

The research found that 35.70% of the students drinking alcohol and drinker students being more male than female. The composition of the factors overview was moderate effective. Personal was very effective but attitude, participation and environment were moderate effective. Alcohol drinking consists of 4 parts to be location, frequency, amount and drinking style was less suitable. T- test statistics analysis in drinker students were as significant difference about alcohol drinking and the average male students is more than female students. In drinker students it appears that male students drink more than female students. The statistical analysis were mean the correlation of the composition of the factors such as attitude, participation and environment were found to significant related to alcohol drinking and the regression analysis were as the forecasting equation alcohol drinking = $0.799 + 0.405 \text{ attitude} + 0.221 \text{ participation} + 0.218 \text{ environment}$.

The recommendation of the study are that should adjust attitude to be correct, increase knowledge about alcohol in course of study and rerated agencies should develop cooperation rules and laws enforcement strictly.

Keyword : Alcohol Drinking, High School Student.



บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในปัจจุบันในประเทศไทยพบว่า อายุของผู้เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกมีแนวโน้มของช่วงอายุน้อยลง กลุ่มที่เริ่มดื่มเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด คือ กลุ่มเยาวชน อายุ 15-19 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยเพศชายมีอัตราการดื่มมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงปี 2547-2550 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 32.70 เป็นร้อยละ 30.00 และในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.00 และลดลงเหลือร้อยละ 31.50 ในปี 2554 และในปี 2557 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 32.20⁽¹⁾ จากการศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย พบว่า กว่า 1 ใน 3 ของเยาวชนชาย และ 1 ใน 4 ของเยาวชนหญิง เริ่มมีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีอายุน้อยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในนักเรียนชาย คือ อายุ 13 ปี ในนักเรียนหญิง คือ อายุ 14 ปี โดยเพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิง 1.6 เท่า⁽²⁾ และจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรในสังคมไทย ปี พ.ศ. 2560 พบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ดื่มสุราในรอบปีที่แล้ว ร้อยละ 28.40 สำหรับในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-19 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.60⁽³⁾ ทั้งนี้ หากไม่มีการแก้ไขปัญหายอย่างเหมาะสม คาดการณ์ว่าในอีก 40 ปีข้างหน้า กลุ่มเยาวชนดังกล่าว จะเป็นนักดื่มประจำสูงถึงร้อยละ 67.00⁽⁴⁾ ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้วัยรุ่นมีระดับของสติปัญญา การคิด การรับรู้ และความจำลดลงทั้งระยะสั้นและระยะยาว ความตั้งใจในการเรียนลดลง ผลการเรียนตกต่ำ⁽⁵⁾ เกิดอุบัติเหตุจราจร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ส่งผลให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์⁽⁶⁾ ผลที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้างต้นล้วนเป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขทั้งสิ้น

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนวัยรุ่น เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียน ระดับชั้นการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับสุรา ทักษะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเอง ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน อิทธิพลจากสื่อ การดื่มของคนในครอบครัว การยอมรับการดื่มของพ่อแม่ การถูกชักชวนให้ดื่ม ลักษณะการพักอาศัย และการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น⁽⁷⁾ และปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ที่ประสบผลสำเร็จ ต้องมีการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนในการแก้ปัญหาร่วมกัน⁽⁸⁾

จังหวัดหนองบัวลำภู มี 6 อำเภอ ได้มีการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 โดยมีโรงเรียนมัธยมศึกษาทั้งหมดในพื้นที่ 21 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนในปีการศึกษา 2564



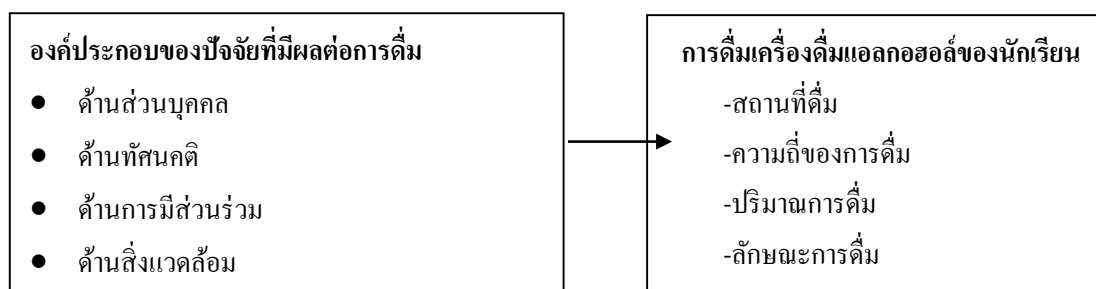
ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ปีที่ 1-3) จำนวน 16,368 คน และในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ปีที่ 4-6) จำนวน 7,962 คน และโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ทุกโรงเรียนเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

จากปัญหาของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาพรวมของประเทศ และปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนส่งเสริม เกี่ยวข้อง ประกอบกับจังหวัดหนองบัวลำภูยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเยาวชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู
2. ศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู
3. ศึกษาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยมีประชากรที่ศึกษา ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ปีที่ 4-6) จำนวน 7,962 คน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Simple Random Sampling ทำการศึกษาในพื้นที่ 6 อำเภอ ของจังหวัดหนองบัวลำภู ระยะเวลาในการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์-เดือนพฤษภาคม 2565



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วย

1. ศึกษาข้อมูลองค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วย ด้านส่วนบุคคล ด้านทัศนคติ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านสิ่งแวดล้อม
2. ศึกษาข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วย สถานที่ดื่ม ความถี่ของการดื่ม ปริมาณการดื่ม และลักษณะการดื่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นแบบ Linkert Scale เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการสอบถามในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามปรึกษา และขอคำแนะนำจากผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู แล้วนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย จำนวน 30 คน ใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของมากกว่า 0.70 ในทุกด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการทางสถิติ 2 แบบ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้สถิติ t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มข้อมูลต่างๆ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู และใช้การวิเคราะห์ Multiple Linear Regression เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 04/2565วันที่รับรอง 4 เมษายน 2565



ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 381 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.60 มีอายุ 17 ปี ร้อยละ 29.70 เกรดเฉลี่ย >3.00 ร้อยละ 60.60 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 60.90 บิดาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.40 และมารดาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.90 ได้รับเงินมาโรงเรียน 50-100 บาท/วัน ร้อยละ 61.90 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 35.70

2. ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู

2.1 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อพิจารณาตามรายด้าน แล้วสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์

องค์ประกอบปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$	SD	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
ด้านส่วนบุคคล								
1.ผลการเรียนของท่านอยู่ในระดับดี	3 (0.80)	27 (7.10)	214 (56.20)	103 (27.00)	34 (8.90)	3.36	0.77	ปานกลาง
2.มีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551	3 (0.80)	27 (7.10)	214 (56.20)	103 (27.00)	34 (8.90)	3.36	0.77	ปานกลาง
3.มีความรู้เกี่ยวกับมาตรการและการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	28 (7.30)	48 (12.60)	128 (33.60)	90 (23.60)	87 (22.80)	3.42	1.18	มาก
4.มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย/จิตใจ	21 (5.50)	21 (5.50)	106 (27.80)	133 (34.90)	100 (26.20)	3.71	1.08	มาก
5.มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อครอบครัว	18 (4.70)	27 (7.10)	106 (27.80)	132 (34.60)	98 (25.70)	3.70	1.07	มาก
6.มีความรู้เรื่องผลกระทบที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสังคม	19 (5.00)	27 (7.10)	117 (30.70)	112 (29.40)	106 (27.80)	3.68	1.10	มาก
7.มีความมั่นใจในตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	15 (3.90)	24 (6.30)	88 (23.10)	96 (25.20)	158 (41.50)	3.94	1.11	มาก
รวม	15 (3.90)	29 (7.60)	139 (36.50)	110 (28.90)	88 (23.10)	3.59	0.72	มาก



องค์ประกอบปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$	SD	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
ด้านทัศนคติ								
1.การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้สามารถสังสรรค์/เข้าสังคมในกลุ่มได้ดี	71 (18.60)	83 (21.70)	144 (37.80)	54 (14.20)	29 (7.60)	2.70	1.12	ปานกลาง
2.การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถช่วยคลายเครียด/คิดหวังได้	85 (22.30)	116 (30.40)	103 (27.00)	51 (13.40)	26 (6.80)	2.54	1.10	น้อย
3.การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เป็นผู้มีความโก้เก๋ในกลุ่มได้	93 (24.40)	114 (29.90)	116 (30.40)	32 (8.40)	26 (6.80)	2.43	0.89	น้อย
4.มีความคาดหวังว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความสุข	85 (22.30)	116 (30.40)	103 (27.00)	51 (13.40)	26 (6.80)	2.54	1.10	น้อย
5.ในช่วงเทศกาล/ในการฉลอง/โอกาสพิเศษ/ในการแสดงความยินดีต่าง ๆ ควรมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	62 (16.30)	70 (18.40)	130 (34.10)	85 (22.30)	34 (8.90)	2.89	0.98	ปานกลาง
รวม	79 (20.70)	100 (26.30)	119 (31.20)	55 (14.40)	28 (7.40)	2.62	0.87	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วม								
1.โรงเรียนมีการสร้างหลักสูตรการเรียนรู้คุณโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บูรณาการร่วมกับการเรียนการสอนในชั้นเรียน	71 (18.60)	86 (22.60)	143 (37.50)	52 (13.60)	29 (7.60)	2.69	1.14	น้อย
2.โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมอบรม/ให้ความรู้คุณโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	72 (18.90)	79 (20.70)	128 (33.60)	70 (18.40)	32 (8.40)	2.77	1.19	ปานกลาง
3.มีส่วนร่วมในกิจกรรมอบรม/ให้ความรู้คุณโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	72 (18.90)	72 (18.90)	128 (33.60)	70 (18.40)	32 (8.40)	2.77	1.19	ปานกลาง
4.ในโรงเรียนมีชมรมที่จัดดำเนินการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน	51 (13.40)	48 (12.60)	118 (31.00)	85 (22.30)	79 (20.70)	3.24	1.20	ปานกลาง
5.มีส่วนร่วมในชมรมที่จัดดำเนินการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน	51 (13.40)	48 (12.60)	118 (31.00)	85 (22.30)	79 (20.70)	3.24	1.20	ปานกลาง
6.หน่วยงานต่าง ๆ ชุมชน ได้มีส่วนในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน	119 (31.20)	81 (21.30)	95 (24.90)	54 (14.20)	32 (8.40)	2.47	1.20	น้อย
7.โรงเรียน, หน่วยงานต่าง ๆ และชุมชนควรมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน	28 (7.30)	48 (12.60)	128 (33.60)	90 (23.60)	87 (22.80)	3.42	1.18	มาก
รวม	66 (17.30)	67 (17.60)	123 (32.30)	72 (18.90)	53 (13.90)	2.94	0.79	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม								
1.มีคนในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	146 (38.30)	92 (24.10)	71 (18.60)	41 (10.80)	31 (8.10)	2.26	1.29	น้อย
2.มีเพื่อนในกลุ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	119 (31.20)	81 (21.30)	95 (24.90)	54 (14.20)	32 (8.40)	2.47	0.98	น้อย



องค์ประกอบปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{x}$	SD	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
3.ความง่ายในการเข้าถึงสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	70 (18.40)	90 (23.60)	121 (31.80)	56 (14.70)	44 (11.50)	2.77	1.23	ปานกลาง
4.สื่อโฆษณากระตุ้นให้อยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น	70 (18.40)	90 (23.60)	121 (31.80)	56 (14.70)	44 (11.50)	2.77	1.23	ปานกลาง
5.ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	51 (13.40)	48 (12.60)	118 (31.00)	85 (22.30)	79 (20.70)	3.24	1.28	ปานกลาง
6.มีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนที่ไม่ได้กำหนดเวลาจำหน่ายสามารถซื้อได้ตลอดเวลา	51 (13.40)	48 (12.60)	118 (31.00)	85 (22.30)	79 (20.70)	3.24	1.28	ปานกลาง
7.ความง่ายในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	44 (11.50)	45 (14.40)	115 (30.20)	92 (24.10)	75 (19.70)	3.26	1.25	ปานกลาง
รวม	79 (20.70)	71 (18.60)	108 (28.30)	67 (17.60)	56 (14.70)	2.86	0.94	ปานกลาง
รวมองค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	60 (15.80)	67 (17.60)	122 (32.00)	76 (19.90)	56 (14.70)	3.00	0.87	ปานกลาง

2.2 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ดังนี้ เกี่ยวกับสถานที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่แล้วจะดื่มที่บ้านเพื่อน (ค่าเฉลี่ย 2.36) เรื่องความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีการดื่ม เฉลี่ย 1 ครั้ง/เดือน (ค่าเฉลี่ย 1.82) รองลงมา เฉลี่ย 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ย 1.67) ปริมาณการดื่ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการดื่ม เฉลี่ย 1 แก้ว/ครั้ง ร้อยละ 51.20 ในส่วนของลักษณะของการดื่ม จะดื่มในที่เปิดเผย นั้นมีอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.09) และในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะลดลง มีความเห็นว่ามีแนวโน้มอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.40)

3. การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในองค์ประกอบต่างๆ ของปัจจัย และการดื่มของนักเรียนชายที่ดื่มแอลกอฮอล์ กับนักเรียนหญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อองค์ประกอบของปัจจัย ในด้านส่วนบุคคล ด้านทัศนคติ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านสิ่งแวดล้อม ระหว่างนักเรียนชายที่ดื่มแอลกอฮอล์ และนักเรียนหญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในการดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในองค์ประกอบปัจจัย

ปัจจัยการศึกษา/ตัวแปร		ค่าเฉลี่ย	t	df	P-value
ด้านส่วนบุคคล	ชาย	3.38	-1.563	134	0.120
	หญิง	3.58			



ปัจจัยการศึกษา/ตัวแปร		ค่าเฉลี่ย	t	df	P-value
ด้านทัศนคติ	ชาย	2.73	0.816	134	0.416
	หญิง	2.62			
ด้านการมีส่วนร่วม	ชาย	3.28	0.125	134	0.901
	หญิง	3.27			
ด้านสิ่งแวดล้อม	ชาย	3.06	-0.017	134	0.986
	หญิง	3.06			
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ชาย	2.65	3.472	134	0.001***
	หญิง	2.21			

***ระดับนัยสำคัญ 0.001

4. การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ขององค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในความคิดเห็นของนักเรียน พบว่า องค์ประกอบของปัจจัยด้านทัศนคติ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ระดับนัยสำคัญ 0.01) ส่วนปัจจัยด้านส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ขององค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

องค์ประกอบปัจจัย ๑ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	ปัจจัยด้านทัศนคติ	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	รวมปัจจัย ๑	การดื่มแอลกอฮอล์
ปัจจัยด้านส่วนบุคคล						
Pearson Correlation	1	0.279**	0.337**	0.285**	0.552**	0.049
Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	0.339
ปัจจัยด้านทัศนคติ						
Pearson Correlation	0.279**	1	0.708**	0.383**	0.675**	0.541**
Sig. (2-tailed)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม						
Pearson Correlation	0.337**	0.708**	1	0.798**	0.941**	0.507**
Sig. (2-tailed)	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม						
Pearson Correlation	0.285**	0.383**	0.798**	1	0.853**	0.415**
Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000



องค์ประกอบปัจจัย ฯ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ปัจจัยด้านส่วนบุคคล	ปัจจัยด้านทัศนคติ	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมรวม	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	รวมปัจจัย ฯ	การดื่มแอลกอฮอล์
รวมปัจจัย ฯ						
Pearson Correlation	0.552**	0.675**	0.941**	0.853**	1	0.461**
Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
การดื่มแอลกอฮอล์						
Pearson Correlation	0.049	0.541**	0.507**	0.415**	0.461**	1
Sig. (2-tailed)	0.339	0.000	0.000	0.000	0.000	

**ระดับนัยสำคัญ 0.01

5. การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear Regression) ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับปัจจัยต่างๆ โดยการสร้างสมการพยากรณ์ จากที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างองค์ประกอบของปัจจัยด้านต่างๆ กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ผู้วิจัยจึงได้นำมาวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ในการพยากรณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ตัวพยากรณ์	b	Bata	t	P-value
ทัศนคติ	0.360	0.405	5.467	<0.001
การมีส่วนร่วม	2.209	0.221	4.213	<0.001
สิ่งแวดล้อม	0.087	0.218	2.680	<0.001
ค่าคงที่ (Constant)	0.799		1.303	0.193
$R^2 = 0.67$				

สามารถสร้างสมการพยากรณ์ทำนายการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ได้ดังนี้

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ = $0.799 + 0.405$ ด้านทัศนคติ + 0.221 ด้านการมีส่วนร่วม + 0.218 ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งพยากรณ์ได้ว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ขึ้นตรงกับเรื่องของทัศนคติที่มีต่อการดื่มแอลกอฮอล์ เรื่องของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอบรม/ให้ความรู้คุณโทษของแอลกอฮอล์/ชมรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และเรื่องของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความง่าย/สะดวกในการเข้าถึงแหล่งซื้อขายและสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 381 คน พบว่า สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน นั้น มีนักเรียนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 35.70 มีอัตราการดื่มสูงกว่า สถิติการดื่มของเยาวชนในกลุ่มช่วงอายุเดียวกัน โดยเห็นได้จากผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรในสังคมไทย ปี พ.ศ. 2560 พบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดื่มสุราในรอบปี ร้อยละ 28.40 โดยในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีผู้ดื่ม ร้อยละ 13.60⁽³⁾ และในนักเรียนกลุ่มที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.40 เป็นนักเรียนที่มีผลการเรียนระดับดี เกเรเฉลี่ย >3.00 ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นนักดื่มหน้าใหม่ร้อยละ 29.60 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีผลการเรียนระดับปานกลาง⁽⁹⁾ ส่วนใหญ่มีอายุ 17 ปี ร้อยละ 33.10 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราส่วนใหญ่อยู่ที่ดื่มคือช่วงอายุ 16-18⁽¹⁰⁾ และนักเรียนกลุ่มที่ดื่มนี้ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 52.90 ซึ่งได้มีผลการศึกษาที่พบว่า สถานที่ที่นักเรียนดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นหอพัก หรือบ้านเพื่อน⁽¹¹⁾ จึงเป็นไปได้ว่าแม้ส่วนใหญ่จะพักกับบิดามารดา นักเรียนก็สามารถไปดื่มที่หอพักหรือบ้านเพื่อนได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ในภาพรวมนั้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถพิจารณาองค์ประกอบของปัจจัยเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

1. **ด้านส่วนบุคคล** พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยในเรื่องของการมีความมั่นใจในตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นั้น มีอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ ถ้าบุคคลมีความรู้ว่าตนมีความสามารถในการปฏิเสธเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง ก็จะไม่แสดงออกในพฤติกรรมเสี่ยงนั้น⁽¹²⁾ และในเรื่องการมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อด้านร่างกาย/จิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสังคม นั้น มีอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ซึ่งได้มีผลการศึกษาที่พบว่า ผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์มีอยู่มากมายในด้านต่างๆ เช่น ผลกระทบต่อร่างกาย จะส่งผลต่ออวัยวะทั่วร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา ซึ่งโรคทางร่างกายมากกว่า 60 โรค มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹³⁾ และเนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากการที่คนในครอบครัวมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว⁽¹⁴⁾ ส่วนผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม มีเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นการเพิ่มภาระแก่โรงพยาบาลเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีผู้คนในสังคม เกิดอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บจากการทะเลาะวิวาท มารับบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น⁽¹⁵⁾ แต่ก็มีผลศึกษาที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁶⁾



2. ด้านทัศนคติ พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในภาพรวมมีอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีทัศนคติเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย ในเรื่องที่ว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถช่วยคลายเครียด/ผิดหวัง ทำให้เป็นผู้มีความโก้เก๋ในกลุ่ม และเรื่องของการมีความคาดหวังว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความสุข ซึ่งได้มีการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่ม ถ้านักเรียนมีทัศนคติที่ดีเหมาะสม ก็จะมีผลทำให้นักเรียนไม่ดื่มหรือดื่มน้อยลง⁽¹⁷⁾ ส่วนในเรื่องที่ว่าในช่วงเทศกาล/ในการฉลอง/โอกาสพิเศษ/ในการแสดงความยินดีต่างๆ ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้สามารถสังสรรค์/เข้าสังคมในกลุ่มได้ดี นั้น มีความเห็นด้วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในเรื่องนี้มีการศึกษา พบว่า สาเหตุที่นักศึกษาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ เพื่อการสังสรรค์ เข้าสังคม และดื่มในงานเลี้ยงฉลองในโอกาสต่างๆ⁽¹⁶⁾ จึงควรที่จะต้องเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องนี้ให้มากขึ้น

3. ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ในภาพรวมมีอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความเห็นด้วยอย่างมาก คือเรื่องโรงเรียน หน่วยงานต่างๆ และชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน และส่วนที่เห็นด้วยว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง คือ เรื่องในโรงเรียนมีชมรมที่จัดดำเนินการกิจกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน การมีส่วนร่วมในชมรมฯ นักเรียน โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมอบรม/ให้ความรู้เกี่ยวกับคุณโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอบรม/ให้ความรู้ และโรงเรียนมีการสร้างหลักสูตรการเรียนรู้อันตรายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บูรณาการร่วมกับการเรียนการสอนในชั้นเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย กันธวงค์(2558) ที่พบว่า การพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฯ ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาโดยการดึงศักยภาพของประชาชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องมามีส่วนร่วมพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน⁽⁵⁾ การให้ความรู้กับนักเรียนโดยการสอดแทรกเนื้อหาในหลักสูตรการเรียนการสอน จะเป็นการกระตุ้นเตือนและเพิ่มความรู้อีกกับนักเรียนมากขึ้น⁽¹⁸⁾

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ในภาพรวมมีอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความเห็นว่ายัง มีความง่ายในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนที่ไม่ได้กำหนดเวลาจำหน่ายสามารถซื้อได้ตลอดเวลา ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งซื้อขาย ถ้านักเรียนที่มีการพิจารณาการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกต้องเหมาะสม มีความยากในการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีผลให้นักเรียนไม่ดื่มหรือดื่มน้อยลง⁽¹⁷⁾ และยังมีผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชน ไม่มีการสอบถามอายุผู้ซื้อ และไม่ตรวจบัตรประชาชน⁽²⁰⁾ และในเรื่องการมีความง่ายในการเข้าถึงสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



และสื่อโฆษณากระตุ้นให้อยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น อาจเนื่องจากสังคมปัจจุบันเป็นยุคแห่งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศสื่อมวลชนทุกประเภทเข้ามามีบทบาทในสังคมมากยิ่งขึ้น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นมีสาเหตุมาจากสื่อโฆษณา⁽²¹⁾

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ส่วนใหญ่จะดื่มที่บ้านเพื่อน และมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 1 ครั้ง/เดือน ซึ่งสอดคล้องกับที่มีการศึกษาในส่วนที่เกี่ยวกับปริมาณการดื่ม ส่วนใหญ่มีการดื่มเฉลี่ย 1 แก้ว/ครั้ง ซึ่งเป็นปริมาณน้อยกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ เพราะโดยเฉลี่ยการบริโภคของคนไทย 4.4 แก้ว/คน/เดือน⁽²²⁾ ส่วนในลักษณะของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น จะไม่ดื่มในที่เปิดเผย เพราะส่วนใหญ่ดื่มในบ้านเพื่อน และลักษณะของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะลดลง นั้นมีความเห็นว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ เรื่องปริมาณการดื่ม ลักษณะการดื่ม นั้นอาจเป็นส่วนที่จะทำให้มีแนวทางช่วยในการพัฒนาการป้องกันการดื่มๆ ของนักเรียนได้ต่อไป

การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในองค์ประกอบของปัจจัย และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชาย กับนักเรียนหญิงในกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติ t-test ระหว่างนักเรียนชายที่ดื่มแอลกอฮอล์ และนักเรียนหญิงส่วนในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของนักเรียนชายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่านักเรียนหญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ขององค์ประกอบของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า องค์ประกอบของปัจจัยๆ เกือบทุกด้าน และภาพรวมขององค์ประกอบของปัจจัยๆ มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนปัจจัยด้านส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในภาพรวมของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดื่มเครื่องดื่ม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรที่จะจัดให้มีกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของนักเรียนให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น
2. สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกด้าน เข้าไปในหลักสูตร และกิจกรรมการเรียนการสอนปกติให้มากยิ่งขึ้น



3. บุคลากรทางการศึกษา บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรที่จะต้องร่วมในการดำเนินการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการตามกฎหมาย ข้อกำหนดกฎระเบียบอย่างเข้มงวด เคร่งครัด และจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติ ควบคู่กับการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยให้มีการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มนักเรียน ครู ผู้ปกครอง และบุคลากรของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน เพื่อให้ได้รายละเอียดที่ครอบคลุมครบถ้วน และนำไปพัฒนา Model ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทดสอบประสิทธิผลของ Model จะเป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดทำแผนการดำเนินงาน การจัดกิจกรรม และกำหนดแนวทาง ในการพัฒนา การป้องกัน และแก้ไขปัญหา ได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กลุ่มสถิติประชากรและสังคม สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพฯ; 2557.
2. สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดีการพิมพ์; 2551.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560.
4. บัณฑิต สอนไพศาล.รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2553.นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2553.
5. เอกชัย กันชะวงศ์.การพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยความร่วมมือของโรงเรียน. วารสารพยาบาล สาธารณสุข. 2558; ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 : 135 – 46.
6. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
7. วัลภา กุณทิยะ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาชาย จังหวัดชัยนาท.ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
8. จงจิต ปิ่นศิริ. การพัฒนานโยบายสาธารณะลดการบริโภคสุรา อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน ปี 2550. พุทธชินราชเวชสาร. 2551; ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 : 741 – 50.
9. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : วี.อินเตอร์พรีนท์ ; 2549.
10. รุจภา จิระประคณัฐผล. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของนักดื่มหน้าใหม่ ในนักเรียนมัธยม.วารสารพยาบาล สาธารณสุข. 2561; ปีที่ 32ฉบับที่ 2 : 155 – 69.



11. สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์. พฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2551. สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ; 2551
12. ภรณ์ แก้วลี. ศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเกี่ยวกับการคบเพื่อน และการปกป้องของครอบครัว ในนักเรียนมัธยมศึกษาโครงการกิจกรรมพัฒนาตนเอง. มหาวิทยาลัยราชธานี; 2556
13. Bandura, Albert. Self – efficacy the exercise of control. New York : W.H. Freeman; 1997.
14. สมาน พุตระกูล. สุขภาพและปัญหาจากแอลกอฮอล์. นนทบุรี : กราฟฟิคแมส; 2547.
15. สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า. กองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
16. ศิตาพร ยังกง. การศึกษาทบทวนการดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2550. กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
17. ประไพรัตน์ คาวินวิทย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี สารนิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต , มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
18. ชิวฮวย แซ่ลิ้ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น. Songklangarind Journal of Nursing. 2560 ; ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 : 25 – 36.
19. ธัญญา สุทรวงศ์. การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560.
20. ปรียาภรณ์ ประสงค์กุล. แนวทางในการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทย ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร. 2563; ปีที่ 13 ฉบับที่ 2: 39–46.
21. พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนรอบสถานศึกษาในจังหวัดอุดรธานี. วารสารการสาธารณสุข 2561 ; ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 : 180 – 88.
22. อัมมندا ไชยกาญจน์. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา . วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 2560; ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 : 103 – 13.
23. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2558. กลุ่มสถิติประชากรและสังคม สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพฯ; 2558.
24. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทย. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
25. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. รายงานการตรวจราชการและการนิเทศงานกรณีปกติจังหวัดหนองบัวลำภู ประจำปีงบประมาณ 2564. จาก <http://www.nongbualamphu.go.th>.



การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย

THE MODEL DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC PATIENTS' SURVEILLANCE, SCREENING AND CARING IN THE COMMUNITY LOEI PROVINCE

Received: May 09 27, 2022

Revised: August 15, 2022

Accepted: August 21, 2022

กายสิทธิ์ แก้วยาสรี^{1*}

Kayasit Kaewyasri^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่เดิมภายใต้บริบทพื้นที่ ดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง ของจังหวัดเลย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับการพัฒนา ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ 49.68 ในพื้นที่ขนาดเล็ก ระยะเวลา 3 เดือน และร้อยละ 59.62 ในพื้นที่จังหวัดเลย ระยะเวลา 6 เดือน ประเมินสุขภาพจิตซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 0.29 ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ ร้อยละ 17.50 ของผู้ที่ได้รับการประเมินซ้ำ ได้รับการวินิจฉัยและส่งกลับ ร้อยละ 33.33 ของผู้ที่ส่งต่อ ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มต้องเฝ้าระวัง 113 คน

รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชได้มากขึ้น การเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีความเชื่อมโยงการทำงานระหว่าง 3 หมอ รวมทั้งการเตรียมชุมชนในการรับผู้ป่วยกลับ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามบริบท อุปสรรคที่พบมักเกิดจากการระบาดของยาเสพติดและระบบสื่อสาร

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวัง คัดกรอง, การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Loei provincial Health Office

*Corresponding author E-mail: isntisnt@gmail.com



Abstract

These research and development (R&D) aim to study the model development of surveillance screening and caring for psychiatric patients in the community. The model development by reviewed and developed the existing operating model under the context of the area. The model was operated in 20 tambol health promoting hospital in Loei province. The data collected from April 2021 to December 2021. The data analysis used descriptive statistics and content analysis.

The results showed that the model development of psychiatric patient surveillance, screening and caring in the community can helped people access to mental health services for 49.68 % in a small area for 3 months and 59.62% in Loei province for 6 months. The model can re-evaluate mental health by health staff 0.29 %. The model can refer patient to physician in hospital 17.5%. The patients who were re-evaluated were diagnosed and refer back 33.33%. There were 113 people must be surveillance.

The model developed was beneficial in terms of helping people to have access to mental health services. The surveillance of new cases and community psychiatric care was more effective from the participation of network partners. There was a working link between the 3 doctors, including preparing the community to accept patients back home and contextual care of psychiatric patients. The obstacles encountered were often caused by the drugs epidemic and the communication system.

Keyword: Model Development, Surveillance and Screening, The psychiatric patients care.



บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรทั่วโลก โดยพบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด จำนวน 26 ล้านคน และโรคจิตเภท ก็เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทัวโลก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต ที่เหลือ 2 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต ผลกระทบของโรคจิตเภทเกิดขึ้นต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังและความพิการ มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม ส่งผลต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน เป็นตราบาป (Stigma) ครอบครัวถูกตีตรา ญาติรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้รับผลกระทบหรือความเสียหาย เคียดร้อนรำคาญ ชุมชนรู้สึกรังเกียจและกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย อีกทั้งยังมีทัศนคติไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย กลายเป็นความรังเกียจ ปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งทัศนคติสังคมต่อผู้ป่วยทางจิตได้แบ่งประเภทของบุคคลออกจากกลุ่มคนปกติโดยชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นคนส่วนน้อยของสังคม ถูกละเมิดสิทธิและสถานภาพของพวกเขาไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม กลายเป็นส่วนเกินของสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกโคດเคี้ยว ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสังคม^(1,2,3)

กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย โดยประยุกต์โครงการลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก มาปรับใช้กับบริบทของสังคมไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากร้อยละ 48.80 เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.20 หากแต่การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังต่ำ โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) หากไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจะทำให้เกิดอัตราการกำเริบซ้ำ เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล รวมทั้งก่ออาชญากรรม ความรุนแรงในสังคม⁽⁴⁾ ปัญหาอีกประการคือ ปัญหาโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) เป็นอันดับที่ 4 ในหญิงไทยและอันดับที่ 10 ในชายไทย แต่ถ้าพิจารณาปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability: YLD) พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทยและเป็นอันดับที่ 2 ในชายไทย แต่มีผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 3.70 เท่านั้น ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ⁽⁵⁾ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีอาการเกิดขึ้นซ้ำและเรื้อรัง นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองในท้ายที่สุด ความเข้มแข็งทางใจลดลง ซึ่งอาจมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง เช่น



1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) ผู้ป่วยโรคจิต 3) ผู้มีภาวะติดสุรา/สารเสพติด 4) ผู้มีปัญหาด้านครอบครัวและการดำเนินชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่กดดันจิตใจทางหนึ่ง 5) ผู้มีปัญหาการปรับตัวด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม 6) ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ 7) ผู้ที่เคยมีประวัติฆ่าตัวตาย⁽⁶⁾

เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย อุดรธานี เลย หนองบัวลำภู หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และ นครพนม มีประชากรรวม 5,356,549 คน จังหวัดเลย ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่ว มันสำปะหลัง ช่วงสิบปีหลังมียางพาราเข้ามาเป็นพืชเศรษฐกิจ ประชาชนมี วัฒนธรรมคล้ายคนอีสานทั่วไป อาจแตกต่างกันบ้างในบางประเด็นและมีวัฒนธรรมคล้ายคนเหนือเช่นกัน เพราะพื้นที่บางส่วนของเขตเลย มีภาษาพูดเฉพาะของคนเมืองเลย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์คล้ายประชาชน ในแขวงไชยบุรีและแขวงหลวงพระบางของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประชากรกลางปี พ.ศ.2562 ของจังหวัดเลยทั้งหมด 638,800 คน แบ่งเป็นชาย 368,861 คน และหญิง 369,139 คน พบอุบัติการณ์ การฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ.2561 และ 2562 จำนวน 58 ราย และ 56 รายตามลำดับ คิดเป็น อัตรา 9.09 และ 8.71 ต่อประชากรแสนคน^(7,8)

การเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภาพรวมของจังหวัดเลย ส่วนใหญ่เป็นการ ตั้งรับในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางไปเข้ารับบริการด้วยตนเอง หรือญาติผู้ป่วยนำส่งเพื่อเข้ารับการรักษา การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเป็นไปอย่างไม่เป็นรูปธรรม ผู้ป่วย จะได้รับบริการ เมื่อบุคลากรไปเยี่ยมบ้าน/พบเหตุการณ์ จึงจะได้รับคำแนะนำในการเข้ารับบริการ ดังนั้น การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงไม่มีรูปแบบและมาตรฐานในการดำเนินงาน ส่งผล ให้ในภาพรวมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ⁽⁷⁾ และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาจาก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ซึ่งดำเนินการโดยหน่วย บริการปฐมภูมิ ก็ยังประสบปัญหาผู้ป่วยขาดยา จากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ไปรับยาอย่างต่อเนื่อง บางราย กินยาไม่ต่อเนื่อง ขาดคนกำกับในการกินยา ผู้ป่วยปฏิเสธการกินยา ผู้ป่วยเอายาไปทิ้ง เป็นต้น^(7,8) ดังนั้น รูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของ ประชาชนจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ โดยมีเป้าหมายในการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ รวมถึงผู้ที่ยังไม่สามารถ เข้าถึงบริการให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้ และผู้ป่วยในชุมชนได้รับการดูแลที่ เหมาะสม ไม่ขาดยา มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความปลอดภัยต่อชุมชนในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ มุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรม (Innovation) ที่เป็นรูปแบบในการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัย R1-D1-R2-D2 พอสังเขป ดังนี้⁽⁹⁾

1) การประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหา (Literature Review/ Survey and research: R1)

1.1 การเข้าถึงบริการทางจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

1.2 วิเคราะห์สภาพปัญหาที่มีในปัจจุบัน รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปและนำเสนอผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการร่วมปรึกษาหารือ ร่วมนำเสนอข้อเด่นข้อด้อย สภาพปัญหาในทางปฏิบัติระดับพื้นที่ เพื่อปรับปรุงข้อด้อย รวมทั้งดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในบริบทของจังหวัดเลย โดยการใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็ก ที่สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีหนองหิน (สอน.หนองหิน)

1.3 แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม นิเทศ และสนับสนุนการดำเนินงาน โดยดำเนินการ 3 เดือน/ครั้ง รวม 2 ครั้ง ทุกสถานบริการ โดยติดตามในระดับสถานบริการและเยี่ยมผู้ป่วยในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

2) ขกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Innovation Development: D1)

2.1 นำรูปแบบบริการที่ได้จากการดำเนินการพัฒนา สู่การปฏิบัติในวงบริการขนาดเล็ก เพื่อทดลองใช้โดยไปดำเนินการใน สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน ประชากรจำนวน 6,327 คน อสม.ทั้งสิ้น 109 คน ทดลอง 3 เดือน และประเมินผลการดำเนินการ

2.2 พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน ของ สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ หนองหิน จัดประชุม อสม. และอธิบายการใช้โปรแกรม Mental Health Check In โดยให้ อสม.สแกน QR CODE เข้าสู่ระบบและสาธิตการใช้โปรแกรม พร้อมทั้งให้ อสม. ฝึกปฏิบัติโดยการประเมินสุขภาพจิตตนเอง และฝึกการประเมินสุขภาพจิตให้ประชาชนทั่วไป

2.3 อสม. นำ QR CODE ของ Mental Health Check In ดำเนินการในครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยประเมินให้ ให้ประชาชนในครัวเรือนประเมินตนเอง หรือประเมินคนในครอบครัวก็ได้

2.4 กรณีหมู่บ้านชุมชน หรือ อสม. ไม่มีเครือข่ายโทรศัพท์ ให้ประเมินและบันทึกในแบบฟอร์มการประเมิน (Manual) นำส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล

2.5 อสม.ประเมินสุขภาพจิตครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยการประเมินให้หรือสอนให้คนในครัวเรือนประเมินตนเอง ผ่านโทรศัพท์ โดย อสม.มี QR CODE คนละแผ่น เพื่อการเข้าโปรแกรม

2.6 สสจ.เลย สรุป และคืนข้อมูลการคัดกรอง โดยส่งข้อมูลผ่าน LINE GROUP คืนข้อมูลทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตาม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินซ้ำเพื่อส่งต่อ/เฝ้าระวังกรณี



ไม่เสีย พร้อมประสานโรงพยาบาลในการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยหรือส่งกลับเพื่อเฝ้าระวัง โดยส่งตัวกลับมาในชุมชน

2.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสาน อสม. ผู้รับผิดชอบหลังคาเรือน/ผู้นำชุมชน เพื่อติดตามการกักกันโรคได้รักษา หรือเฝ้าระวังกรณียังไม่ได้รับการวินิจฉัย ทั้งนี้ เป้าหมายคือกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกคน

3) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานจิตเวช เพื่อการปรับปรุง พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Research2: R2) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อขัดข้อง ปัญหา อุปสรรค

3.1 เติมเต็มรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อจัดการข้อขัดข้อง แก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นจากการทดลองปฏิบัติในพื้นที่ขนาดเล็กของสถานีนอนมัลลิเมอเรจเรดิ

4) นำรูปแบบที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาแล้ว (Development2: D2) ไปดำเนินการในทุกอำเภอ รวม 14 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 20 สถานบริการ โดยเป็นสถานบริการที่สมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมจำนวน 6 แห่ง

4.1 ทดลองใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนา (Development2: D2) ในพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัดเลย

4.2 รายงานผลการดำเนินงานรายเดือนจากพื้นที่ การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนและแก้ไข ปัญหา/อุปสรรค ที่ประสบในพื้นที่ เมื่อดำเนินการครบ 6 เดือน จึงประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม ทั้งนี้ ใช้การประสานงาน และรายงานผลการดำเนินงานผ่าน LINE GROUP

5) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้รับการพัฒนา (Model Evaluating)

5.1 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในภาพรวมทั้งจังหวัด พร้อมยกย่องรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การดำเนินการวิจัยนี้ ผสมผสานด้วยวิธีการเชิงคุณภาพแทรกไปในหลายขั้นตอน ตามบริบทที่ขับเคลื่อนงานวิจัย และการได้มาซึ่งข้อมูลในหลายกรณีเป็นวิธีการผสมผสาน ทั้งการสังเกต การสัมภาษณ์ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการเชิงกระบวนการ นำมาอธิบายและเสนอแนะร่วมกัน นักวิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามเพิ่มเติม โดยมุ่งเน้นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้านักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอหรือไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์^(9,10)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป 14 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 127 แห่ง รวม 141 แห่งในจังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มได้ อำเภอละ 1 แห่ง รวม 14 แห่ง และที่ยื่นแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนางาน จำนวน 6 แห่ง รวมทั้งสิ้น 20 แห่ง



ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหาครอบคลุมการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจังหวัดเลย ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองทางชีวการแพทย์ (Biomedical Model) โดยนัย การใช้ยาการรักษาอาการทางจิตช่วยลดการเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากความผิดปกติของร่างกาย รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชรวมถึงโรคจิตเภทที่เกิดจากภาวะที่ไม่สมดุลของสารสื่อประสาทประสาท เช่น การมีระดับของสารโดปามีนมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท การใช้เหตุผลการรู้จักตนเอง ระดับสารซีโรโตนิน มีความสัมพันธ์กับอารมณ์แปรปรวนการเกิดโรคจิตเภทจากแนวคิดดังกล่าวจึงได้พัฒนาด้วยาเพื่อใช้รักษาอาการทางจิต การได้รับยาการรักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากยาการรักษาอาการทางจิตช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทประสาท ควบคุมอาการ ภาวะความผาสุกและป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้⁽¹¹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือการวิจัยที่หลากหลาย โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย

- (1) แนวคำถามสืบค้นเพื่อพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 2 ข้อ
- (2) รูปแบบการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต⁽⁵⁾
- (3) แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเขตสุขภาพที่ 8⁽¹⁴⁾
- (4) แบบประเมินสุขภาพจิต 2Q 8Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾
- (5) Mental Health Check In (Application) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ดำเนินการทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็กที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จำนวน 1 แห่ง (R1/D1)

(2) ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริงในการทดลองใช้นวัตกรรม 20 สถานบริการ (R2/D2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

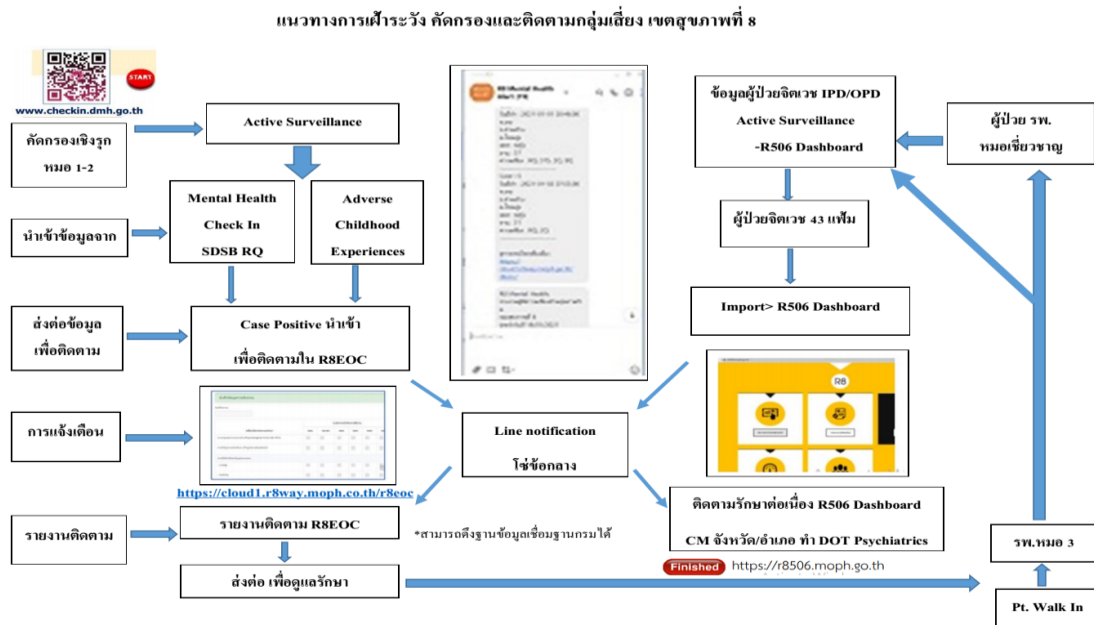
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0020/2564 วันที่ได้รับจริยธรรมการวิจัย 9 ตุลาคม 2564



ผลการวิจัย

1) การประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหา (Literature Review/ Survey and research: R1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินสภาพการณ์ในปัจจุบันและปัญหา ได้รูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายใต้กรอบการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 8 และจังหวัดเลย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน สอน.หนองหิน

2) ผลการยกกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Innovation Development: D1) นำรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปและนำเสนอผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการ ร่วมนำเสนอข้อเด่นข้อด้อยในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อปรับปรุงข้อด้อยรวมทั้งดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้การสนทนากลุ่ม นำเสนอรูปแบบที่ดำเนินการอยู่และร่วมพัฒนารูปแบบการดำเนินใหม่

3) การทดลองในพื้นที่ขนาดเล็กคือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ หนองหิน (Development1: D1) เพื่อการพัฒนานวัตกรรม (Innovation) ที่เหมาะสมในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ผล ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินการทดลองในพื้นที่ขนาดเล็ก สอน. หนองหิน ปี พ.ศ. 2564

ลำดับ	เดือน	ประชากร	คัดกรอง	ประเมินซ้ำ โดย จนท.	ส่งต่อพบ แพทย์	ได้รับการ วินิจฉัย	เฝ้าระวัง ติดตาม
1	เมษายน	7,516	1,202	8	5	2	6
2	พฤษภาคม	7,516	1,268	4	2	1	3
3	มิถุนายน	7,516	1,164	3	2	1	2
รวม		7,516	3,734	15 (0.40)	9 (60)	4 (44.44)	11 (73.33)



ผลการดำเนินการ สามารถคัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 49.68 พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรวม 15 คน ประเมินซ้ำโดยบุคลากร พบว่า มีความจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อพบแพทย์จำนวน 9 คน โดยแพทย์ได้ให้การตรวจวินิจฉัย ให้การรักษาพยาบาล/ส่งกลับ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 ของผู้ที่ส่งต่อ เฝ้าระวังจำนวน 11 คน จากทั้งสิ้น 15 คนที่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 73.33

ปัญหาที่พบจากการสรุปผลการดำเนินงาน

1. ประชาชนไม่สนใจ ไม่ให้ความสำคัญและไม่ยอมประเมิน โดยบอกว่าไม่ได้เป็นอะไร
2. อสม.สูงวัย ที่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์มือถือได้
3. เกิดความสับสนระหว่างการประเมิน บันทึกข้อมูลไม่สำเร็จ จากคลื่นโทรศัพท์ที่ไม่มี
4. อสม. ไม่มีเงินซื้อโปรโมชันอินเทอร์เน็ต (ปัญหาสำคัญในมุมมอง อสม. เป็นภาระค่าใช้จ่าย)
5. ความถี่ในการดำเนินงานมากเกินไป ควรดำเนินการปีละ 1-2 ครั้ง เท่านั้น

ผลการพัฒนารูปแบบฯ (Research2: R2) โดยสนทนากลุ่ม

1. เจ้าหน้าที่ สอน.หนองหินนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน
2. ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชร่วมพิจารณาและเสนอความคิดเห็นในการดำเนินงานร่วมกัน
3. นำรูปแบบที่ได้สู่การปฏิบัติโดย อสม. ดำเนินการประเมินสุขภาพจิตแก่ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบ หรืออธิบายการใช้โปรแกรม Mental Health Check In โดย อสม.มีแผ่น QR CODE คนละ 1 แผ่น และให้ประชาชนในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ สแกน QR CODE และประเมินตนเอง และดำเนินการประเมินให้คนในครอบครัวด้วย
4. หมู่บ้าน/ อสม. ไม่มีเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ หรือ อสม.ที่ไม่มีมือถือ หรือ อสม.สูงวัย ให้ดำเนินการบันทึกในแบบฟอร์ม การประเมิน (Manual) ส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ้านที่ ซึ่งจากการติดตามนิเทศพบว่ามีไม่มากนัก ส่วนใหญ่ อสม.สูงวัยจะให้ อสม.ข้างเคียงดำเนินการให้แทน
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย สรุปและคืนข้อมูลการคัดกรองทุกเดือน ผ่าน LINE GROUP ผลการดำเนินงาน ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน จังหวัดเลย ปี พ.ศ.2564

ลำดับ	เดือน	ประชากร	คัดกรอง	ประเมินซ้ำ โดย จนท.	ส่งต่อพบ แพทย์	ได้รับการ วินิจฉัย	เฝ้าระวัง ติดตาม
1	กรกฎาคม	69,741	7,307	28	3	1	27
2	สิงหาคม	69,741	7,268	24	1	1	23
3	กันยายน	69,741	6,164	8	1	0	8
4	ตุลาคม	69,741	6,802	20	5	2	18
5	พฤศจิกายน	69,741	7,045	17	4	0	17



ลำดับ	เดือน	ประชากร	คัดกรอง	ประเมินซ้ำ โดย จนท.	ส่งต่อพบ แพทย์	ได้รับการ วินิจฉัย	เฝ้าระวัง ติดตาม
6	ธันวาคม	69,741	6,994	23	7	3	20
	รวม	69,741	41,580	120 (0.29)	21 (17.50)	7 (33.33)	113 (97.17)

ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนได้รับการคัดกรองร้อยละ 59.62 ประเมินสุขภาพจิตซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ 120 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 และในจำนวนนี้ได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 ของผู้ที่ได้รับการประเมินซ้ำ และได้รับการรักษาจากแพทย์และส่งกลับ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของผู้ที่ส่งต่อ และในภาพรวมของการดำเนินงาน 6 เดือน มีประชาชนที่อยู่ในกลุ่มต้องเฝ้าระวัง 113 คน ซึ่งต้องติดตามดูแลโดย อสม. และชุมชน เมื่อพบความผิดปกติก็จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสมต่อไป

ผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่ม

(ก) ปัญหาอุปสรรคและข้อขัดข้องในการดำเนินงานจิตเวชที่ผ่านมา เป็นอย่างไร

1. ไม่สามารถปฏิบัติให้เป็นงานปกติได้เนื่องจากภาระงานที่มาก (ขาดความต่อเนื่อง)
2. บุคลากรสาธารณสุขระดับ รพ.สต./อสม. ขาดความรู้ ทักษะในการดำเนินงานจิตเวชชุมชน พยาบาลจิตเวชมีเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน
3. ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา จากสาเหตุต่างๆ เช่น ไม่ไปรับยา ไม่มีคนดูแลในการกินยาในแต่ละวัน
4. ไม่สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงจิตเวชได้ ไม่มีเครื่องมือที่ง่าย/มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน
5. ครอบคลุม ชุมชน ไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช จากหลายสาเหตุ เช่น ความอับอาย พยายามปกปิด
6. ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน ส่งผลให้พบผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น
7. การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(ข) รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

1. ประชุมชี้แจง อสม.ในการใช้โปรแกรม Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิต
2. หมู่บ้าน/พื้นที่ ที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือ อสม.ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน ให้ดำเนินการประเมิน โดยใช้เอกสารส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แทนการประเมินผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่
3. ประชาชนประเมินตนเอง/ อสม.ช่วยดำเนินการประเมินสุขภาพจิต ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่
4. เมื่อครบ 1 เดือน สสจ.เลย คืนข้อมูลการคัดกรอง ผ่าน LINE GROUP แก่สถานบริการ
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน ติดตามประเมินซ้ำหากมีกลุ่มเสี่ยง
6. เมื่อบุคลากรประเมินซ้ำและได้ผลเป็นบวก ส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อตรวจประเมิน/วินิจฉัย



7. แพทย์ส่งตัวกลับพื้นที่เพื่อติดตามให้การรักษา ในพื้นที่ / เฝ้าระวังกรณีไม่ได้รับการวินิจฉัย
8. อสม.ติดตามการกินยาของผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ป่วยจิตเวชต้องได้รับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ปรับประยุกต์ตามแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ให้สอดคล้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ช่วยให้การเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะสุขภาพจิตประชาชน มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้อย่างเป็นรูปธรรม ค้นพบกลุ่มเสี่ยง สามารถส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ส่วนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก็มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ขาดยา ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเป็นรายกรณี และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นคำตอบสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยพบสภาพปัญหาการดำเนินงานจิตเวชชุมชนที่สำคัญคืออัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชายังอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่รูปแบบการดำเนินงานยังคงดำเนินการในลักษณะตั้งรับในสถานบริการ และการแก้ไขปัญหาการรายกรณี การดำเนินงานตามผังการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต (Algorithm)⁽⁴⁾ ไม่ได้้นำสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง เครื่องมือที่มีอยู่ไม่สามารถนำสู่การตรวจจับความผิดปกติในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชนได้ ยังปรากฏสภาพปัญหาหลายประการ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในระดับสูง ขาดความต่อเนื่องในภาพรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนต้องครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพและมิติทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคประชาสังคม รวมถึงภาครัฐที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทและวิถีของพื้นที่⁽¹²⁾ ปัญหาอีกประการหนึ่ง พบว่า บุคลากรและผู้มีส่วนได้เสียยังขาดองค์ความรู้ทางจิตเวชซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทงศักดิ์ราชเจริญ และพรชัย โนนชัย ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับต่ำ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัฒน์ ศรีโษษฐ์ และ ภาสินี ไทอินทร์ เรื่องผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมองเห็นคุณค่าในตนเองคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁴⁾

การนำนวัตกรรมสุขภาพจิตที่มีอยู่มาพัฒนา ปรับแก้ไขให้เข้ากับบริบทของพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญ เพราะบริบทของแต่ละพื้นที่มีบริบทรวมถึงทรัพยากรสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ดังนั้น การนำนวัตกรรมที่มีอยู่ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงข้อดี ข้อด้อย สิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อความเหมาะสมกับบริบทเป็นสิ่งจำเป็น อีกทั้งเมื่อปรับแก้และเสริมด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (Mental Health Check In) และนำไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ขนาดเล็ก สอน.หนองหิน สามารถคัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป



ได้เพียงร้อยละ 49.68 ในระยะเวลา 3 เดือน พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิต 15 คน และดำเนินการประเมินซ้ำ โดยบุคลากรทุกคน ผลการประเมินเป็นบวกและส่งต่อเพื่อพบแพทย์จำนวน 9 คน โดยแพทย์ให้วินิจฉัยและส่งกลับ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 ของผู้ที่ส่งต่อ และเฝ้าระวังจำนวน 8 คน จากทั้งสิ้น 15 คน ที่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 53.33 เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาหาสาเหตุ แนวทางการดำเนินงานจึงต้องประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์ ในบริบทครอบครัว ชุมชน ถึงแม้ว่าจะดำเนินงานตามรูปแบบที่ปรับแก้แล้ว ก็ยังคงประสบปัญหาในการดำเนินงานจริง สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และ 15 กรมสุขภาพจิต เรื่องรูปแบบการนำแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปใช้ในชุมชน ที่พบว่าในบริบทการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้านชุมชนที่แตกต่างกันจะประสบปัญหาการดำเนินงานที่แตกต่างกัน จะต้องปรับประยุกต์ทรัพยากรและกลวิธีในการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่⁽¹⁵⁾ ปัญหาที่พบในการทดลองใช้นวัตกรรมในพื้นที่ขนาดเล็กนี้ประกอบด้วย ปัญหาขาดอินเทอร์เน็ต ปัญหาทัศนคติของประชาชน ปัญหาขาดการมีส่วนร่วมและทักษะ การดำเนินงานของ อสม. โดยเฉพาะ อสม.สูงวัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกระบวนการในขั้นตอนแรกของการดำเนินการคือ ขั้นตอนการประเมินสุขภาพจิตประชาชน ขั้นตอนต่อนั้นเป็นการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข คือการประเมินซ้ำ การส่งต่อ การตรวจรักษาโดยแพทย์ การส่งกลับ ส่วนใหญ่ไม่ประสบปัญหาในทางปฏิบัติ โดยจะประสบปัญหาอีกครั้งในขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งการดำเนินงาน 3 เดือน พบผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 4 รายจากทั้งหมด 28 ราย คือลืมกินยาในบางวัน ขาดคนกำกับดูแลในการกินยา จะเกิดซ้ำในผู้ป่วยคนเดิม ได้แนะนำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อจำเป็น ทั้งนี้ หากนำแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของเขตสุขภาพที่ 8⁽¹⁶⁾ มาใช้ จะประสบปัญหาการดำเนินงานในระดับหมู่บ้านชุมชน เป็นการดำเนินการระดับปฏิบัติการในพื้นที่ซึ่งดำเนินการโดย รพ.สต. อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมถึงนำเสนอข้อควรระวัง ข้อสังเกตในการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ขนาดเล็ก (R1/D1) และนำสู่การพูดคุยสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของสถานบริการ 20 แห่ง เพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้มีความเห็นถึงข้อดีข้อด้อยของการดำเนินงานในบริบทของพื้นที่และนำสู่การดำเนินงานทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ทั้งจังหวัดเลย

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนพบว่า สามารถคัดกรองสุขภาพจิตประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้ถึงร้อยละ 59.62 ในระยะเวลา 6 เดือน ประเมินสุขภาพจิตซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ 120 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 ส่งต่อเพื่อพบแพทย์ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 ของผู้ที่ได้รับการประเมินซ้ำ และได้รับการรักษาจากแพทย์และส่งกลับ 7 คน



คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของผู้ที่ส่งต่อ อีกทั้งมีประชาชนที่อยู่ในกลุ่มต้องเฝ้าระวัง 113 คน ซึ่งต้องติดตามดูแลโดย อสม. และชุมชน รายละเอียดการดูแล การเฝ้าระวัง อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ชุมชน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวังทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ผู้ที่จะต้องเฝ้าระวังติดตามมักเป็นผู้นำชุมชน หรือผู้ปกครองในกรณีที่เป็นเยาวชน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม โดยปกติจะเป็น อสม.ผู้รับผิดชอบคุ้ม/ละแวกบ้านนั้น หรือ อสม. ขอความร่วมมือบ้านข้างเคียงของผู้ป่วยช่วยเหลือในการดูแลติดตาม รวมถึงการส่งข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยหากเกิดความผิดปกติขึ้น ทั้งนี้ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก สนับสนุนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ บางกรณีได้รับการสนับสนุนโดยผู้นำด้านจิตวิญญาณ พระสงฆ์ ทั้งนี้ กรณีปัญหาที่เกิดขึ้นอาจต้องพิจารณาแก้ไขปัญหาก็เป็นรายกรณี เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยา และก่อเหตุทำร้ายมารดาจนเสียชีวิต เมื่อส่งเข้ารับการรักษามาจากโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เมื่ออยู่รักษาจนอาการสงบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์จะประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชนและญาติ เพื่อร่วมประเมินความเป็นไปได้ในการส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ซึ่งจะต้องมีการเตรียมชุมชนอย่างเหมาะสม ทั้งสถานที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ ความปลอดภัยของชุมชน โดยจะต้องมีผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการและสนับสนุนด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความต่อเนื่องและยาวนาน บริบทพื้นที่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่างๆ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักษณะ ขอบคอกิจ และมาลินี ชมชื่น เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี และกรองจิต วิไลศรี เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่างๆ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อความยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม และเกิดความยั่งยืน ชุมชนและสังคมโดยรวมปลอดภัย^(17,18,19) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อติญา โพธิ์ศรี เรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นการต่อครอบครัวสามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้⁽²⁰⁾

การดำเนินงานที่ผ่านมายังประสบปัญหาหลายประการที่ควรได้รับการแก้ไขในเชิงนโยบาย เช่นกรณีการจัดหา “อินเทอร์เน็ต อสม.” ซึ่งเป็นขวัญและกำลังใจแก่ อสม.และขจัดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งงานจิตเวชชุมชนด้วย ซึ่งหาก อสม.ทุกคนมีระบบอินเทอร์เน็ตใช้ ก็จะสามารถติดต่อสื่อสารกันได้หลายช่องทาง หลายโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น LINE GROUP /Facebook/ TIKTOK /Instagram/ YOUTUBE เป็นต้น เกิดความสะดวก รวดเร็ว ทันต่อ



เหตุการณ์ สำหรับ อสม.สูงวัย อาจต้องปรับแก้โดยใช้ระบบเอกสารต่อไป ซึ่งก็จะมีไม่มากนัก หรือบางสถานบริการก็ใช้ระบบ อสม.บัดดี้ โดยการจับคู่ระหว่าง อสม.อายุน้อยคู่กับ อสม.อายุมาก เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุน หรือดำเนินการแทนในบางกรณี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การใช้ Mental Health Check In ควรให้บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการเข้าถึงข้อมูล โดยอาจเชื่อมต่อการแจ้งเตือนผ่าน Hos-XP PCU เมื่อผลการคัดกรองพบความเสี่ยง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามคัดกรองซ้ำ โดยไม่ต้องรอรอคืนข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งล่าช้า ไม่ทันการ
2. การสนับสนุนระบบบริการอินเทอร์เน็ต ระบบอินเทอร์เน็ตประชารัฐและระบบอินเทอร์เน็ต อสม. จะส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน อีกทั้งยังเป็นขวัญกำลังใจแก่ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือ สนับสนุนการจากหลายฝ่าย ทั้งร่วมดำเนินการ ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูล เสนอแนะทางวิชาการ นักวิจัยจึงขอขอบคณา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 2014. [Internet]. [Cited 2020 Mar 1]. Available from: <https://dmh.go.th/report/suicide/>
2. Bungkrachang T, Thanee T and Sithikun P. Care of schizophrenia by community. Journal of nurse and health care. 2018. Volume 16, No 2, April – June 2018, 68-76.
3. Nuntaboot. Information utilization for care of elders by community. Journal of nursing science & health. 2010. Volume 39, No 3, August- Sep 2016.
4. ขจิรัตน์ ปริกเอโก และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์. 2559.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ ชุมชุมสหกรณ์ การเกษตรประเทศไทย จำกัด. 2557.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2562. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/report/suicide/>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC. 2562. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://www.lo.moph.go.th/main/>



8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. มปศ. 2562.
9. กิตติยา วงษ์จันทร์. รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR). [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://www.ubu.ac.th/>
10. ชาย โพธิ์ธิดา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง. 2552.
11. Albert Farre and Tim Rapley. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. US National Library of Medicine, National Institutes of Health. 2017.
12. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ. 2561. ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2561.
13. ทนงค์ดีราชเจริญ และพรชัย โนนจ้อย. ความรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตคลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนคานาสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564. 247-255.
14. พัฒนี ศรีโอบัฐ และภาสินี โทอินทร์. ผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564. 310-319.
15. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และ 15, กรมสุขภาพจิต. รูปแบบการนำแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปใช้ในชุมชน. มปป.
16. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2564.
17. จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักษณา ยอดกลกิจ และมาลินี ชมชื่น. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. วารสารบทความกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการประชุมวิชาการ และนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6. 2562. หน้า 212-223.
18. กรองจิต วิไลศรี. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
19. จิรภา วิลาวรรณ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565. 181-195.
20. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562. ปีที่ 34 ฉบับที่ 1. 83-89.



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี้ยวเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000
โทร 043-019760 ต่อ 114