



วารสาร วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2566

Volume 16 No.2 MAY- AUGUST 2023

ISSN 1906-2605

E-ISSN 2697-4673



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 16 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2566 เป็นฉบับปลายปีของการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2566 ประกอบด้วย บทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 21 เรื่อง ครอบคลุมทั้งสาขาการพยาบาล การแพทย์ ชุมชน การมีส่วนร่วมและเทคนิคการแพทย์ ซึ่งหลากหลายสาขาวิชาชีพนมากขึ้น ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้ วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และจะยินดีอย่างยิ่งหากสามารถนำงานวิชาการนำสู่การปฏิบัติได้จริงในพื้นที่อื่นๆ ทั้งนี้ พร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.สมยศ ศรีจารนัย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.วิทยา วัฒนเรืองโกวิท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.อภิชัย ลิมนานท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
นพ.พรพัฒน์ ภูนาถม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
------------------	-----------------------------------

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
--------------------	-----------------------------------

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
ผศ.ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวทิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพฑูรย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร.สายัณห์ แก้วบุญเรือง	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูถาวรณ	โรงพยาบาลเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกลั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุครุฑฤทธิ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ภก.กฤษ โชติการณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนิค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิภา ชารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ คลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภาณุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินทร์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาพรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศนเทพ 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) และการตีพิมพ์บทความนี้จะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญประเมินบทความ

รศ.ดร.รศ.ดร.พรรณิ บุญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.ทัฬหะ ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ปจวิทย์ อับดุลลาฮาซิม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ราณี วงศ์เกษม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.บังอรศรี จินดาวงศ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ. ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	วิทยาลัยการแพทย์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ธวัชชัย คาเชิงเขา	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.สุภาภักย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.อัครสิทธิ์ ไชยณรงค์	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.อริ บุตรสอน	วิทยาลัยการแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ทพญ.ดร.อรรพรรณ นามมนตรี	ทันตแพทยชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.เอี่ยมพร สุ่มมาตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
ดร.นวลปรารถน์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิฎา ชารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศุภศิลา ปิรรักษา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำองชัย
ดร.เมทินี เมทนิค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลลัพธ์จากการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าหลุดจากอุบัติเหตุ ด้วยการผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอน.....	1
ศุภโชค นพมาศศิริ	
การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	17
วรวิฑูรี จันทร์เพ็ง, กล้าเผชิญ โชคบำรุง	
ผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกาฬสินธุ์.....	32
สุคนธ์ สมภูมิ, เชิดชัย สุนทรภาส, สุธาร จันทะวงศ์, นพพล คำภูมิ	
บทบาทในการพัฒนาชุมชน และความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด.....	47
โสภณ เบื้องบน, สุวิมล คอบุตร, ชีรนาถ สุวรรณเรือง	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิต มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง.....	60
ทัศนพร แจวจารณ์, ฅัญญาธิชา สนั่นก้อง, นัชมีน เจ๊ะกา, สุภาณญา กำลังมาก, ยมด พิทักษ์ภาวสุทธิ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย.....	74
เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด.....	89
อัจฉราภรณ์ ม่วงมูลตรี, กุมาลพร ตรีสอน	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการ ทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์.....	104
ธันวาท อินทรสุขสันติ	
การใช้ Monocyte Distribution Width (MDW) เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด.....	116
วรวิทย์ ไชยชะอุ่ม	
การประเมินความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน: กรณีศึกษาชุมชนศาลเจ้าพ่อ สมบุญและชุมชนริมคลอง ซอยพหลโยธิน 54.....	130
จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์, ธนพร แยมสุดา, มลฤดี เพ็ชรลมูล, บุญชูธรรม์ ธนยัทธิธนากุล, กันยารัตน์ เกียรติเมธา, ชุติมา จิรัฐเกียรติกร	
ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดต่ออัตราการเกิดการรั่วซึมของ ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด.....	145
พจิ ศัลพันธ์	
การประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565.....	159
อุดม บุนผาทาเต, สกิด เชื้อกลิ่นฟ้า, รัชณีวิภา จิตรากุล	
การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเลี้ยว ตำบล หนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย.....	174
คมสัน อยู่เย็น, พิมพิสุทธิ์ แก้วบุญ, นิภาพร แสนชนะ, สุวรรณ กาละพันธ์, ภักวดีบุญญ์ พินิจมนตรี, สุวัฒน์พงษ์ ศรีบุญด	



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขภาพอาหารที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพอาหาร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์.....	188
ปณณดา มุลศรี, นพรัตน์ เสนาฮาต, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัช พิมหา	
การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลสุโขทัย ด้วยหลักความ ปลอดภัย 2P SAFETY.....	202
อุไรวรรณ จุ้ยคำย, กัทธิยา รัตนวิมล, วชิรญา บุญยมนิ, ศิริพร วงศ์จันทร์มณี	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	216
รชฤดี โชติกาวิรินทร์, เขมกัญญา อนันต์, รัฐศาสตร์ เคนชัย, นริศรา ชาญณรงค์	
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ใน จังหวัดอุดรธานี.....	230
ลลิตา สกฤพาเจริญ	
การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร.....	244
ราศรี อาษาจิตร, สุจิตดา ฤทธิมนตรี	
ระดับทัศนคติและการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย.....	258
วัชร แก้วสา, นันทะกานต์ ขาวดา, จิตกนิษฐ์ แสนหลวงอินทร์, รัตติยา บุญเกียรติบุตร, นิธิรัตน์ มีกาย	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	272
ประภาศรี ปัญญาวิรัชชัย, สมหมาย วงษ์กวน	
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยด้านความถี่การบริโภคอาหารของนักศึกษาเพศหญิงที่มีคุณภาพการ นอนหลับที่ไม่ดี.....	287
จุฑาวรรณ นวลจันทร์คง, ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์, ศกุนตลา มานะกล้า	



ผลลัพธ์จากการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าหลุดจากอุบัติเหตุ ด้วยการผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอน RESULTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF TRAUMATIC KNEE DISLOCATION WITH 2 STAGE SURGERY

Received: November 22, 2022

Revised: April 26, 2023

Accepted: May 09, 2023

ศุภโชค นพมาศศิริ¹

Supachoke Nopamassiri¹

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุเข่าหลุดพบได้ไม่บ่อย ซึ่งต้องให้การรักษาเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษามี 2 วิธี การผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดรักษาเป็นวิธีที่ดีที่สุด ผู้วิจัยได้ศึกษาการรักษาข้อเข่าหลุดด้วยการผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอน ในผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยข้อเข่าหลุดที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 1 กรกฎาคม 2564

ผู้ป่วยเข่าหลุดจำนวน 30 คน ผู้ชาย 17 คน ผู้หญิง 13 คน อายุเฉลี่ยขณะบาดเจ็บ 36.5 ปี (14-67 ปี) ติดตามอาการโดยเฉลี่ย 22.8 เดือน การผ่าตัดครั้งแรก มี 25 คน ได้รับการผ่าตัดเอ็นประกับข้างด้านใน มี 3 คน ผ่าตัดเอ็นประกับข้างด้านนอก และมี 2 คน ผ่าตัดเอ็นประกับข้างทั้งสองเส้น ผ่าตัดครั้งที่สอง มี 8 คน ผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า 11 คน ผ่าตัดเอ็นไขว้หลัง และมี 11 คนไม่มีการผ่าตัดครั้งที่สอง จากการประเมิน International knee documentation committee (IKDC) คะแนนเฉลี่ย 73.4% (31%-92%) ระดับปกติ 8 คน เกือบปกติ 10 คน ผิดปกติ 10 คน ผิดปกติรุนแรง 2 คน

ข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยเข่าหลุดรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอน มีผลการรักษาที่ดี แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยไม่มาก และติดตามการรักษาไม่นาน จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ควรศึกษาจากผู้ป่วยที่มากกว่านี้ และใช้ระยะเวลาการติดตามอาการเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ข้อเข่าหลุด, การผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอน, การดูแลหลังผ่าตัดข้อเข่า

¹นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

medical professional Orthopedic work group Kalasin Hospital

*Corresponding author E-mail: choke177@gmail.com



Abstract

Knee dislocation is uncommon injuries. It is essential to identify severities of the injury to optimize the management plan to avoid adverse sequelae. Knee dislocation has both surgical and non-surgical options. The most effective treatment remain controversial. My studied aim to evaluate the clinical results of knee dislocation treatment with 2 stage surgery of patient in Kalasin Hospital. Aretrospective descriptive study enrolled knee dislocation patients from medical records who admit in Kalasin Hospital between 1 July 2018 to 1 July 2021.

Knee dislocated patients 30 case divided into 17 men and 13 women. The mean age at the time of injury was 36.5 years is average follow-up was 22.8 months the first operation, 25 people underwent anterior collateral ligament surgery. From the assessment International knee documentation committee (IKDC) average score 73.4% (31%-92%) 8 normal, 10 almost normal, 10 abnormal, 2 severely abnormal.

The 2 stage surgery approach resulted in good outcome for acute knee dislocation patient. A limitation of this study is the small sized study and not long followed. Therefore these results do not support that this surgical approach is the best method. Studies involving more cases and evaluating long term results need to be performed.

Keywords: Knee dislocation, 2 stage surgery, post-operative knee surgery care



บทนำ

ปัจจุบันโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอุบัติเหตุเป็นจำนวนมากทุกวัน โดยส่งมาจากอำเภอต่างๆ ที่ขาดศักยภาพ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง โดยในด้านแผนกออร์โธปิดิกส์มีการรับดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยประมาณ 256 คนต่อเดือน หรือทั้งหมด 3,080 คนต่อปี (พ.ศ. 2564) ในจำนวนนี้ส่วนมากเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีกระดูกหัก หรือข้อต่อเคลื่อนหลุด (ปีพ.ศ. 2561 มีจำนวน 2,579 คน, ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 2,564 คน, ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 2,315 คน, ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 2,587 คน) โดยข้อเข้าเป็นส่วนที่พบการบาดเจ็บได้บ่อย มีทั้งความรุนแรงน้อยจนถึงมาก เนื่องจากข้อเข้าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญในการใช้งานประจำวัน ประกอบอาชีพ จนกระทั่งเล่นกีฬาต่างๆ ถ้าหากการบาดเจ็บทำให้เข้ามีปัญหาการใช้งานก็จะมีผลกระทบกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

การบาดเจ็บข้อเข้าที่มีการฉีกขาดของเส้นเอ็น จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การกีฬา โดยตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา มีการผ่าตัดส่องกล้องข้อเข้าและที่เกี่ยวข้องกับเส้นเอ็นเข้า โดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 4-6 คน ปีพ.ศ. 2561 มีจำนวน 22 คน, ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 58 คน, ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 63 คน, ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 71 คน ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยข้อเข้าหลุดมีการบาดเจ็บเส้นเอ็นมากกว่า 1 เส้น เข้าหลุดจากอุบัติเหตุที่พบได้ไม่บ่อย ประมาณ 0.02% ของการบาดเจ็บข้อเข้าทั้งหมด⁽¹⁾ ในการศึกษาของ Sillanpaa et al⁽²⁾ รายงานว่า พบได้ 29 คน ต่อประชากร 1 ล้านคน และพบมากในอายุ 18-29 ปี การบาดเจ็บข้อเข้าหลุดนั้นเป็นการบาดเจ็บที่ประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อ (เส้นเอ็น เชื้อหุ้มข้อ) อาจรวมถึง เส้นเลือด เส้นประสาท และการบาดเจ็บที่กระดูกรอบข้อ โดยข้อเข้าจะเสียความมั่นคงเป็นอย่างมาก มีความจำเป็นที่ต้องค้นหา วินิจฉัยส่วนที่บาดเจ็บ เพื่อให้การรักษาที่ดีที่สุด ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการแสดงของข้อเข้าหลุดสามารถเห็นได้จากการที่ข้อผิดรูป และจากภาพเอกซเรย์ข้อเข้า หรือจากอาการปวดบวมข้อเข้าอย่างมากในตอนเช้าที่เข้าตัวเองไปแล้ว โดยแบบหลังมักจะเกิดขึ้นเองขณะกำลังปฐมพยาบาล เคลื่อนย้าย หรือ เกิดขึ้นเอง (spontaneous reduced)⁽³⁾

นิยามของข้อเข้าหลุดโดยทั่วไป หมายถึง การที่กระดูกต้นขา และกระดูกหน้าแข้งหลุดออกจากกันอย่างสมบูรณ์ ปัจจุบันรวมถึงการบาดเจ็บของเส้นเอ็นในข้อหลายเส้น (2-4 เส้น) และมีความไม่มั่นคงของข้อหลายทิศทาง โดยเอ็นข้อหลักๆ มีอยู่ 4 เส้น ได้แก่ เอ็นไขว้หน้า (anterior cruciate ligament, ACL) เอ็นไขว้หลัง (posterior cruciate ligament, PCL) และเอ็นประกับด้านข้างทั้งในและนอก (medial collateral ligament, MCL and lateral collateral ligament, LCL)⁽⁴⁾ สาเหตุการบาดเจ็บมีทั้งจากการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น อุบัติเหตุจากรถ และจากการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงมาก เช่น จากการเล่นกีฬา⁽²⁾ ปัจจัยบางอย่างของผู้ป่วยก็มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่พบมากขึ้น ได้แก่ คนไข้ที่อ้วน⁽⁵⁾



การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้หลักการของการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ คือ Advanced trauma life support (ATLS) โดยรักษาภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตก่อน เมื่อปลอดภัยแล้วจึงรักษาส่วนที่บาดเจ็บอื่นๆ ต่อไปในการรักษาข้อเข่าหลุดนั้น เบื้องต้นเป็นการดึงเข้าให้เข้าที่โดยเร็ว และตรวจการบาดเจ็บของเส้นเลือด เส้นประสาท บริเวณเข่า หากไม่สามารถดึงเข้าที่ได้ ก็พิจารณาผ่าตัดเปิดจัดข้อเข้าเข้าที่ จากนั้นจึงดามเข่าด้วยตัวดามเข่า (splint) ในกรณีที่มีกระดูกหักและแนะนำให้รักษาผ่าตัดตามหลักกระดูกหักก่อน จากนั้นจึงค่อยรักษาเส้นเอ็นเข่าในระยะถัดมา⁽⁶⁾

การรักษาข้อเข่าหลุดจากอุบัติเหตุมีทั้งทางเลือกผ่าตัดและไม่ผ่าตัด โดยแนวทางไม่ผ่าตัดนั้นเป็นการดามเข่า (splint) จนกระทั่งเกิดการหาย เชื่อมต่อกันของเส้นเอ็น (scar healing) จากนั้นจึงทำการกายภาพบำบัด ในขณะที่ทางเลือกผ่าตัดเป็นการผ่าตัดเข้าไปซ่อม สร้างเส้นเอ็นข้อเข่าใหม่ ตามต่อด้วยการกายภาพบำบัด การศึกษาในสมัยก่อนระยะแรก มีแนวโน้มไปในทางไม่ผ่าตัดว่าได้ผลดี Taylor et⁽⁷⁾ สรุปว่า การรักษาแบบไม่ผ่าตัดก็สามารถเกิดการเชื่อมต่อกันของเส้นเอ็นที่บาดเจ็บได้ Thomson et⁽⁸⁾ กล่าวว่า ได้ผลดีเช่นกันทั้งในกลุ่มที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด แต่จากการศึกษาในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า การผ่าตัดได้ผลดีกว่าการไม่ผ่าตัด⁽⁹⁾ มีการศึกษา meta- analysis โดย Dedmond and Almekinders⁽¹⁰⁾ พบว่า Lysholmscore มีคะแนนในกลุ่มผ่าตัดมากกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ และในการศึกษา systematic review ของ Peskun และ Whelan⁽¹¹⁾ พบว่า การใช้งาน ความมั่นคง การเคลื่อนไหวข้อเข่า การกลับไปใช้งานปกติ ภายหลัง ดีกว่าในกลุ่มที่ผ่าตัด โดยการรักษาปัจจุบันในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จะเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มข้อเข่าหลุด

อย่างไรก็ตาม แนวทางการผ่าตัดรักษาที่ดีที่สุด ยังไม่ได้มีข้อสรุป การรักษาทั้งการผ่าตัด สร้างเอ็นไขว้หน้า สร้างเอ็นไขว้หลัง และซ่อมเอ็นประกับด้านข้างในการผ่าตัดครั้งเดียว (ACL, PCL, MCL, LCL) หรือสร้างเอ็นไขว้หลังและซ่อมเอ็นประกับด้านข้างในการผ่าตัดครั้งเดียว โดยเปลี่ยนเอ็นไขว้หน้าไว้ก่อน อย่างไรก็ตามมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังการรักษาลักษณะนี้ เช่น เข่ายึดติด และมีการติดเชื้อหลังผ่าตัด โดยพบได้บ่อย เนื่องจากเป็นการผ่าตัดหลายหัตถการ มีการใช้เวลาผ่าตัดนาน มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อที่มาก ดังนั้น จึงมีการคิดรูปแบบรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอน โดยในขั้นตอนแรกจะเป็นการรักษาโดยการซ่อมเอ็นประกับด้านข้างเข่า เนื่องจากเป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างมากต่อความมั่นคงของเข่า จากนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มกลับมาเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีก็จะพิจารณาผ่าตัดในขั้นที่สองที่ 3-6 เดือนโดยประมาณ โดยเป็นการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าหรือสร้างเอ็นไขว้หลัง หรือทั้งสอง ตามความจำเป็น^{(12),(13)}



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการรักษาข้อเข่าหลุดจากอุบัติเหตุ ด้วยการผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอน (2 stage surgery) ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยทบทวนเวชระเบียนจากผู้ป่วยข้อเข่าหลุดที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 1 กรกฎาคม 2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บเส้นเอ็นเข่าหลายเส้น ($\geq 2-4$ เส้น) เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของเส้นเลือดแดง มีกระดูกหักร่วมบริเวณสะบ้า ต้นขาใกล้เข่า กระดูกหน้าแข้ง มีการบาดเจ็บเส้นประสาทที่ทำให้ขาอ่อนแรง กระดูกข้อเท้าไม่ขึ้น

มีการเก็บส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ข้าง สาเหตุการบาดเจ็บ เส้นเอ็นที่มีการบาดเจ็บ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการผ่าตัดที่ได้รับ การติดตามหลังผ่าตัด ทั้งเรื่อง ความสำเร็จการเคลื่อนไหวเหยียดงอเข่า การใช้งานข้อเข่า (International knee documentation committee (IKDC) score, Tegner lysholm knee scoring scale) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยทุกคนได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตเช็กระยะ และเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging, MRI) มีการเก็บข้อมูลเบื้องต้น และการบาดเจ็บร่วมอื่นๆ การตรวจความมั่นคงของข้อเข่ากระทำโดยเทียบกับเข่าปกติ โดยแบ่งเป็น 3 เกรด เกรดที่ 1 เคลื่อนที่มากกว่าปกติ 3-5 มิลลิเมตร, เกรดที่ 2 เคลื่อนที่มากกว่าปกติ 6-10 มิลลิเมตรและเกรดที่ 3 เคลื่อนที่มากกว่าปกติ มากกว่า 10 มิลลิเมตร โดยเอ็นไขว้หน้าตรวจในท่างอเข่า 90 องศา เอ็นไขว้หลัง ตรวจในท่างอเข่า 90 องศา โดยใช้จุดเริ่มต้นเดียวกับเข่าข้างปกติ เอ็นประกับด้านข้างทั้งสองด้าน ตรวจในท่าเข่าเหยียดตรงและงอเข่า 30 องศา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทุกคนที่มีการบาดเจ็บเส้นเอ็นเข่าหลายเส้น ($\geq 2-4$ เส้น) ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของเส้นเลือดแดง มีกระดูกหักร่วมบริเวณสะบ้า ต้นขาใกล้เข่า กระดูกหน้าแข้ง มีการบาดเจ็บเส้นประสาทที่ทำให้ขาอ่อนแรง กระดูกข้อเท้าไม่ขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีการเก็บส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ข้าง สาเหตุการบาดเจ็บ เส้นเอ็นที่มีการบาดเจ็บ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการผ่าตัดที่ได้รับ การติดตามหลังผ่าตัด ทั้งเรื่อง ความสำเร็จการเคลื่อนไหวเหยียดงอเข่า



การใช้งานหัวเข่า (International knee documentation committee (IKDC) score, Tegner lysholm knee scoring scale) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

วิธีการขั้นตอนการรักษา

ผู้ป่วยทุกคนได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตเอกซเรย์ และ เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging : MRI) มีการเก็บข้อมูลเบื้องต้น และการบาดเจ็บอื่นๆ การตรวจความมั่นคงของข้อเข่ากระทำโดยเทียบกับเข่าปกติ โดยแบ่งเป็น 3 เกรด เกรดที่ 1 เคลื่อนที่มากกว่าปกติ 3–5 มิลลิเมตร เกรดที่ 2 เคลื่อนที่มากกว่าปกติ 6–10 มิลลิเมตรและ เกรดที่ 3 เคลื่อนที่มากกว่าปกติ มากกว่า 10 มิลลิเมตร โดย เอ็นไขว้หน้าตรวจในท่าอเข่า 90 องศา เอ็นไขว้หลังตรวจในท่าอเข่า 90 องศา โดยใช้จุดเริ่มต้นเดียวกับเข่าข้างปกติ เอ็นประกบด้านข้างทั้งสองด้าน ตรวจในท่าเข่าเหยียดตรงและงอเข่า 30 องศา

วิธีการผ่าตัดรักษาและการกายภาพบำบัด ในการผ่าตัดครั้งแรกนั้น เป็นการผ่าตัดซ่อมแซมเส้นเอ็นประกบข้างที่ขาดภายใน 3 สัปดาห์ โดยการเลือกซ่อมแซมขึ้นอยู่กับการตรวจร่างกายผู้ป่วยทั้งตอนแรกรับและหลังการดมยาสลบ หรือบล็อกล้างแล้วก่อนผ่าตัด การผ่าตัดจะกระทำโดยการเปิดแผลด้านข้างหัวเข่าในแนวยาว ในด้านที่จะผ่าตัด จากนั้นจึงทำการผ่าตัดลงลึกทีละชั้นเพื่อหาเส้นเอ็นประกบด้านข้างและเยื่อหุ้มข้อ (medial or lateral collateral ligament and knee joint capsule) จากนั้นจึงทำการล้าง ทำความสะอาด ตัดเนื้อเยื่อที่ตายก่อนทำการซ่อมแซม แล้วจึงทำการซ่อมแซมโดยใช้สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (suture anchor) ประมาณ 2-3 ตัว ตามความเหมาะสม หลังจากซ่อมแซมแล้วจึงทำการทดสอบความมั่นคงและเย็บแผลปิดตามขั้นตอนปกติ เมื่อเสร็จแล้วจึงทำการป้องกันการเคลื่อนหย้อนของเส้นเอ็นที่ซ่อมและการเคลื่อนตำแหน่งของข้อต่อเข่า โดยการใส่ตัวค้ำหัวเข่าเหล็ก (knee brace) โดยผู้วิจัยใส่ตัวค้ำหัวเข่าเหล็กล็อกเข่าเหยียดไว้ 4 สัปดาห์ จากนั้นจึงค่อยเริ่มฝึกการเคลื่อนไหวของข้อเข่าโดยปรับตัวค้ำหัวเข่าเหล็กให้เหยียดงอได้ 0–120 องศา โดยในช่วงแรกประมาณ 6 สัปดาห์ จะให้ผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักบางส่วนโดยใช้ไม้ค้ำรักแร้ช่วย หลังจากนั้นจะเริ่มให้เดินลงน้ำหนักได้เพิ่มขึ้นจนเต็มที่ เมื่อผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดงอเข่าได้เต็มที่ (ประมาณ 3-6 เดือนหลังผ่าตัด) จึงทำการตรวจเส้นเอ็นไขว้ในเข่าทั้งสองเส้นทั้งเอ็นไขว้หน้าและเอ็นไขว้หลัง

ในการผ่าตัดครั้งที่สองจะเป็นการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้ในเข่า (reconstruction surgery) ในกรณีที่เอ็นไขว้หน้ามีความหลวม โดยเกินกว่าเกรด 1 ในการตรวจเอ็นไขว้หน้าและเกินกว่าเกรด 2 ในการตรวจเอ็นไขว้หลัง โดยเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ใช้เส้นเอ็นจาก hamstring tendon จากขาข้างปกติอีกข้าง ใช้เทคนิค single bundle และใช้ transportal technique ในเอ็นไขว้หน้า ใช้ transtibial technique ในเอ็นไขว้หลัง ภายหลังผ่าตัดมีการใส่ตัวค้ำหัวเข่าเหล็ก (knee brace) 6 สัปดาห์ โดยในเอ็นไขว้หน้า ให้มีการงอเหยียดเข่าได้ทันที แต่เอ็น



ไขว้หลังให้ล็อกเหยียดไว้ 4 สัปดาห์ จากนั้นจึงค่อยเริ่มปรับตัวตามหัวเข่าเล็กน้อยให้เหยียดงอได้ 0-120 องศา เพื่อฝึกการเคลื่อนไหวข้อเข่า จากนั้นแนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา มีการนัดผู้ป่วยเพื่อดูหลังผ่าตัด 2, 4, 6 และ 12 สัปดาห์ จากนั้นทุก 3-6 เดือน นอกจากนี้ยังตรวจการเคลื่อนไหวของข้อเข่า โดยผู้ผ่าตัดเป็นผู้วัดด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือวัดองศา โกนิโอมิเตอร์ (Goniometer) ตรวจบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ประเมิน knee score (Tegner lysholm knee scoring scale และ International knee documentation committee (IKDC)) หลังการผ่าตัดรักษาที่ 12 เดือน และ ต่อไปอีก 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลลัพธ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ข้าง สาเหตุการบาดเจ็บ และเส้นเอ็นที่บาดเจ็บ

ผลลัพธ์การรักษา คุณผลพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่า ค่า Knee score และจัดจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้ International knee documentation committee (IKDC) score การประเมิน IKDC score นั้น คะแนนเต็มคือ 100% (0-100%) แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ ปกติ, ใกล้เคียงปกติ, ผิดปกติ, ผิดปกติรุนแรง ส่วนการประเมิน Tegner lysholm knee scoring scale นั้นคะแนนเต็ม 100 (0-100) แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับคือ ดีมาก, ดี, พอใช้, ไม่ดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Knee score (IKDC, Tegner lysholm knee score) และการแบ่งจำแนกระดับคะแนน

International knee documentation committee (IKDC)		Tegner lysholm knee scoring scale	
score (0-100%)		(0-100 คะแนน)	
>90%	ปกติ (Normal)	>90	ดีมาก (Excellent)
76%-90%	ใกล้เคียงปกติ (Nearly normal)	84%-90	ดี (Good)
50%-75%	ผิดปกติ (Abnormal)	65%-83	พอใช้ (Fair)
< 50%	ผิดปกติรุนแรง (Severely abnormal)	< 65	ไม่ดี (Poor)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยทบทวนเวชระเบียนจากผู้ป่วยข้อเข่าหลุดที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 1 กรกฎาคม 2564 โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ COA No.010-2022 ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2565



ผลการวิจัย

ระหว่าง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยที่มาด้วยเข้าหูลูด 37 คน (37 เข้า) โดยมีทั้งผิอุดรูปชัดเจน และเข้าเข้าที่เองแล้วหลังบาดเจ็บ มีจำนวนเข้าที่เข้าที่เองขณะอยู่โรงพยาบาล 32 เข้า และเข้าที่ผิอุดรูปอยู่ 5 เข้า ผู้ป่วย 7 คน ถูกคัดออกจากการวิจัยเนื่องจากการบาดเจ็บของเส้นเลือดแดง (1 คน) มีกระดูกหักร่วมบริเวณเข้า, ต้นขาใกล้เข้า, กระดูกหน้าแข้ง (4 คน) มีการบาดเจ็บเส้นประสาทที่ทำให้ขาอ่อนแรง กระดกข้อเท้าไม่ขึ้น (2 คน)

ในผู้ป่วยทั้งหมด 30 คน เป็นผู้ชาย 17 คน และเป็นผู้หญิง 13 คน โดยมีอายุเฉลี่ยขณะบาดเจ็บ 36.5 ปี (14-67 ปี) มีการติดตามอาการโดยเฉลี่ย 22.8 เดือน (12-36 เดือน) สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อย คือ อุบัติเหตุจราจร และกีฬา นอกจากนั้น พบว่า เกิดจากตกจากที่สูง หรือเกิดจากของหนักทับหัวเข้า ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	56.7
หญิง	13	43.3
อายุเฉลี่ย (ปี)	36.5 (14-67)	
สาเหตุ		
อุบัติเหตุจราจร	13	43.3
กีฬา	8	26.7
ตกจากที่สูง	6	20
อื่นๆ	3	10
ข้าง		
ขวา	17	56.7
ซ้าย	13	43.3



ตารางที่ 3 ข้อมูลการบาดเจ็บของผู้ป่วย

ผู้ป่วย	อายุ	เพศ	สาเหตุการบาดเจ็บ	การบาดเจ็บ
1	18	ชาย	กีฬา (ฟุตบอล)	เข่าขวา ACL, MCL
2	26	หญิง	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าซ้าย ACL, MCL
3	49	ชาย	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าซ้าย ACL, PCL, LCL
4	24	หญิง	กีฬา (บาสเกตบอล)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
5	29	ชาย	กีฬา (ฟุตบอล)	เข่าซ้าย ACL, MCL
6	52	หญิง	ตกจากที่สูง (กำแพง)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
7	41	หญิง	ตกบันได	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
8	52	หญิง	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าขวา ACL, MCL
9	19	หญิง	กีฬา (บาสเกตบอล)	เข่าขวา ACL, MCL
10	32	ชาย	กีฬา (ฟุตบอล)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
11	15	หญิง	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
12	28	ชาย	กล่องหนักหล่นทับเข่า	เข่าซ้าย ACL, PCL, MCL
13	67	หญิง	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าซ้าย ACL, PCL, MCL, LCL
14	24	ชาย	กีฬา (ฟุตบอล)	เข่าซ้าย ACL, PCL, MCL
15	21	ชาย	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าซ้าย ACL, PCL, LCL
16	29	ชาย	กีฬา (ฟุตบอล)	เข่าซ้าย ACL, MCL
17	50	ชาย	ตกจากที่สูง (คานา)	เข่าขวา ACL, MCL
18	16	หญิง	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
19	48	หญิง	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL, LCL
20	52	หญิง	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าซ้าย ACL, PCL, MCL, LCL
21	45	หญิง	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
22	45	ชาย	ถุงปูนหล่นทับ	เข่าซ้าย ACL, PCL, MCL
23	55	ชาย	ตกจากที่สูง (ต้นไม้)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL, LCL
24	14	ชาย	กีฬา (ฟุตบอล)	เข่าขวา ACL, MCL
25	39	ชาย	อุบัติเหตุจากรถ (รถยนต์)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
26	51	ชาย	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าซ้าย ACL, PCL, MCL, LCL
27	29	ชาย	ตกจากที่สูง	เข่าขวา ACL, PCL, MCL
28	36	ชาย	ตกจากที่สูง (ต้นไม้)	เข่าซ้าย ACL, PCL, MCL, LCL
29	57	หญิง	ตกจากที่สูง (คานา)	เข่าซ้าย ACL, PCL, LCL
30	33	ชาย	อุบัติเหตุจากรถ (มอเตอร์ไซด์)	เข่าขวา ACL, PCL, MCL



จากการรวบรวมข้อมูล ดังตารางที่ 4 การบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้า และ เอ็นประกับข้างด้านใน พบ 8 คน การบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้า, เอ็นไขว้หลัง, เอ็นประกับข้างด้านในพบ 13 คน การบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้า, เอ็นไขว้หลัง, เอ็นประกับข้างด้านนอก พบ 3 คน การบาดเจ็บเอ็นทั้ง 4 เส้นพบ 6 คน

ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารักษาได้รับการจัดกระดูกเข้าเข้าที่โดยวิธีมาตรฐาน (gentle traction-counter traction) ในห้องผ่าตัด จากนั้นจึงฉีดยาลดการอักเสบด้วยสเตียรอยด์ (Slab) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นประกับด้านข้าง ภายใน 3 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บ ผู้ป่วยทั้งหมด 30 คน มี 25 คน ได้รับการผ่าตัดเอ็นประกับข้างด้านใน มี 3 คน ได้รับการผ่าตัดเอ็นประกับข้างด้านนอก และมี 2 คน ได้รับการผ่าตัดเอ็นประกับข้างทั้งสองเส้น

ในการผ่าตัดครั้งที่สอง มี 8 คนได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า มี 11 คน ได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หลัง ไม่มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดทั้งสองเส้น และมี 11 คน ที่ไม่มีการผ่าตัดครั้งที่สอง

การประเมิน Knee score: จากการประเมิน International knee documentation committee (IKDC) ได้คะแนนเฉลี่ย 73.4% (31%-92%) ได้ระดับปกติ 8 คน, เกือบปกติ 10 คน, ผิดปกติ 10 คน, ผิดปกติรุนแรง 2 คน Tegner lysholm knee scoring scale โดยเฉลี่ยได้คะแนน 75.5 (32-95 คะแนน) ได้ระดับ ดีมาก 8 คน, ดี 8 คน, พอใช้ 6 คน, ไม่ดี 8 คน

องศาการงอเหยียด: ผู้ป่วยส่วนมาก (25 ใน 30 คน) มีองศาการเหยียดงอกลับมาได้ดี (0-120 องศา) มีเพียง 5 คนที่มีปัญหาการงอเข้าได้ไม่สุด (< 120 องศา) โดยในจำนวนนี้ 1 คน ต้องได้รับการตัดเข้าในห้องผ่าตัด

การประเมินความหลวมของเข้า: ใน 27 คนที่มีปัญหาเอ็นประกับข้างด้านใน ภายหลังติดตามอาการ มี 14 คน เกรด 0, มี 10 คน เกรด 1, มี 3 คน เกรด 2 ใน 5 คน ที่มีปัญหาเอ็นประกับข้างด้านนอก ภายหลังติดตามอาการมี 3 คน เกรด 1, 2 คน เกรด 2 ในผู้ป่วย 30 คน ที่มีปัญหาเอ็นไขว้หน้า ภายหลังติดตามอาการ มี 22 คน เกรด 0, 8 คน เกรด 1 ในผู้ป่วย 22 คน ที่มีปัญหาเอ็นไขว้หลัง ภายหลังติดตามอาการมี 2 คน เกรด 0, 6 คน เกรด 1, 3 คน เกรด 2

ภาวะแทรกซ้อน: ผู้ป่วยทุกคนไม่พบปัญหาการติดเชื้อรุนแรง, มี 5 คน ที่มีปัญหาการจำกัดการเคลื่อนไหว



ตารางที่ 4 ข้อมูลการบาดเจ็บ การผ่าตัด และ Knee score

ผู้ป่วย	การบาดเจ็บ	การผ่าตัด ครั้งที่ 1	ระยะเวลา ผ่าตัดหลัง เกิดเหตุ (วัน)	การผ่าตัด ครั้งที่ 2	IKDC (0-100%)	IKDC grade	Tegner lysholm knee scoring scale
1	ACL, MCL	MCL repair	7	ACL recon.	91	ปกติ	91
2	ACL, MCL	MCL repair	11	ACL recon.	76	เกือบปกติ	83
3	ACL, PCL, LCL	LCL repair	13	PCL recon.	53	ผิดปกติ	68
4	ACL, MCL	MCL repair	7	ACL recon.	91	ปกติ	90
5	ACL, MCL	MCL repair	20	ACL recon.	76	เกือบปกติ	69
6	ACL, PCL, MCL	MCL repair	14	ACL recon.	51	ผิดปกติ	48
7	ACL, PCL, MCL	MCL repair	11	PCL recon.	62	ผิดปกติ	69
8	ACL, MCL	MCL repair	9	ACL recon.	52	ผิดปกติ	48
9	ACL, MCL	MCL repair	13	ACL recon.	92	ปกติ	91
10	ACL, PCL, MCL	MCL repair	8	-	89	เกือบปกติ	90
11	ACL, PCL, MCL	MCL repair	8	PCL recon.	92	ปกติ	91
12	ACL, PCL, MCL	MCL repair	19	PCL recon.	91	ปกติ	86
13	ACL, PCL, MCL	MCL repair	9	-	51	ผิดปกติ	54
14	ACL, PCL, MCL	MCL repair	11	PCL recon.	89	เกือบปกติ	89
15	ACL, PCL, LCL	LCL repair	13	PCL recon.	92	ปกติ	91
16	ACL, MCL	MCL repair	16	-	83	เกือบปกติ	92
17	ACL, MCL	MCL repair	9	-	70	ผิดปกติ	69
18	ACL, PCL, MCL	MCL repair	16	ACL recon.	92	ปกติ	95
19	ACL, PCL, MCL, LCL	MCL and LCL repair	20	PCL recon.	31	ผิดปกติ รุนแรง	32
20	ACL, PCL, MCL, LCL	MCL repair	18	PCL recon.	83	เกือบปกติ	84
21	ACL, PCL, MCL	MCL repair	3	-	52	ผิดปกติ	54
22	ACL, PCL, MCL	MCL repair	17	-	67	ผิดปกติ	74
23	ACL, PCL, MCL, LCL	MCL repair	5	-	53	ผิดปกติ	57



ผู้ป่วย	การบาดเจ็บ	การผ่าตัด ครั้งที่ 1	ระยะเวลา ผ่าตัดหลัง เกิดเหตุ (วัน)	การผ่าตัด ครั้งที่ 2	IKDC (0-100%)	IKDC grade	Tegner lysholm knee scoring scale
24	ACL, MCL	MCL repair	9	-	89	เกือบปกติ	91
25	ACL, PCL, MCL	MCL repair	8	PCL recon.	92	ปกติ	90
26	ACL, PCL, MCL, LCL	MCL and LCL repair	11	-	47	ผิดปกติ รุนแรง	48
27	ACL, PCL, MCL	MCL repair	19	PCL recon.	86	เกือบปกติ	89
28	ACL, PCL, MCL, LCL	MCL repair	13	-	78	เกือบปกติ	92
29	ACL, PCL, LCL	LCL repair	16	-	54	ผิดปกติ	53
30	ACL, PCL, MCL	MCL repair	6	ACL recon.	78	เกือบปกติ	87

*recon. = reconstruction IKDC score mean = 73.4, Tegner lysholm knee scoring scale mean= 75.5

สรุปผลการวิจัย

การรักษาในคนไข้กุ่มข้อเข่าหลุดด้วยวิธีการผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอน ได้ผลการรักษาที่ดี โดยมี IKDC score ปกติ 8 คน, เกือบปกติ 10 คน และผิดปกติ 10 คน มีเพียง 2 คน ที่หลงเหลือความผิดปกติรุนแรง โดยไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คนไข้ส่วนมากกลับมาใช้ชีวิตการเหยียดข้อเข่าได้ดี มีคนไข้ 11 คน ใน 30 คน ที่ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดครั้งที่สอง ดังนั้น ภายหลังการผ่าตัดเอ็นประกับด้านข้าง การผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า สามารถทำเฉพาะในคนไข้ที่จำเป็นเท่านั้น

อภิปรายผลการศึกษา

การบาดเจ็บข้อเข่าหลุดนั้นเป็นการบาดเจ็บรุนแรงที่พบได้ไม่บ่อย แต่ก็มีกรณีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากคานียามกว้างขึ้นและแพทย์ทราบดีว่ามีการกลับเข้าที่เองหลังการบาดเจ็บได้⁽¹⁴⁾ บางการศึกษา ยังพบว่า ข้อเข่าหลุดนั้นอาจเกิดขึ้นได้ โดยที่เอ็นไขว้หน้าหรือไขว้หลังขาดเพียงเส้นใดเส้นหนึ่ง^{(15),(16)} แต่อย่างไรก็ตามพบขาดทั้งสองเส้นได้บ่อยกว่า ข้อเข่าหลุดนั้นอาจพบเป็นการบาดเจ็บเดี่ยว หรืออาจเป็นการบาดเจ็บร่วมกับอย่างอื่นได้ ที่พบบ่อยได้แก่ กระดูกหน้าแข้งใกล้เข่าหัก เส้นเลือดเข้าฉีกขาด (popliteal artery) เส้นประสาทบาดเจ็บ (peroneal nerve)^{(17),(18)} การรักษาอุบัติเหตุข้อเข่าหลุดนั้น เบื้องต้นต้องรักษาภาวะที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตก่อน จากนั้นเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะฉุกเฉินแล้วจึงเริ่มการรักษาเรื่องข้อต่อไป โดยเมื่อ



แพทย์วินิจฉัยเข้าหูลูกแล้วควรตรวจสอบเข้าโดยเน้นเรื่องเส้นเลือดและเส้นประสาท จากนั้นทำการส่งเอกซเรย์เข้า หากพบว่าเข้ามีผิดปกติอยู่ยังไม่เข้าที่เอง ควรรักษาด้วยการดึงเข้าที่ด้วยการดึงตรงๆ (gentle traction-counter traction) โดยให้ยาแก้ปวด หรือยาสลบ และควรตรวจสอบระบบเส้นเลือดและระบบประสาทซ้ำ จากนั้นก็ใส่เฝือกตามขาไว้ ร่วมกับส่งเอกซเรย์หลังการดึงเข้าที่^{(19),(20)}

การรักษาเข้าหูลูกนั้นมีรูปแบบการรักษาหลายแบบ เดิมมีคำแนะนำให้รักษาแบบไม่ผ่าตัด⁽⁷⁾ ในขณะที่ปัจจุบันมีแนวโน้มการรายงานผลการรักษาที่ไม่ดีจากการรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยแนะนำให้รักษาแบบการผ่าตัด ในเส้นเอ็นที่มีการบาดเจ็บทุกเส้น⁽²¹⁾

เป็นที่ทราบกันทั่วไปว่า การรักษาเอ็นไขว้หลังโดยไม่ผ่าตัดนั้นได้ผลดีกว่าเอ็นไขว้หน้ามีการศึกษาของ Shelbourne et al⁽²²⁾ พบว่า ในผู้ป่วยอาการเส้นเอ็นไขว้หลังบาดเจ็บ 40 ราย ในรายที่การบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง มีการหายเชื่อมต่อของเอ็นในทุกราย แม้แต่เคสที่มีการบาดเจ็บรุนแรงยังมีการหายเชื่อมต่อของเอ็น 19 ใน 22 เข้า ตรงกันข้ามกับเอ็นไขว้หน้าที่มีรายงานว่าไม่ค่อยพบการหายเชื่อมต่อของเส้นเอ็นได้เอง⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามหากเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดจากจุดเกาะที่กระดูกต้นขา (femoral avulsion) ก็มีรายงานว่ามีการหายในบางรายที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด⁽²⁴⁾ ดังนั้น จึงมีการศึกษาที่พบว่า การรักษาแบบไม่ผ่าตัดในเอ็นไขว้หน้านั้นสามารถได้ผลดี โดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัดสร้างเอ็นใหม่⁽²⁵⁾

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดซ่อมในการบาดเจ็บเอ็นข้อเข้าหลายเส้นนั้นจะจำเป็น แต่การรักษาผ่าตัดในทุกเส้นทันทีนั้นมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้ โดยสามารถทำให้เกิดปัญหาเข้าติดเนื่องจากการผ่าตัดหลายตำแหน่ง และมีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อที่มากกว่า⁽⁷⁾ โดยข้อเข้ายึดติด (arthrofibrosis) ร่วมกับการปวด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย มีการศึกษาของ Noyes และ Barber-Westin⁽²⁶⁾ พบว่า มีปัญหาเข้ายึดติดได้มากถึง 71% ที่ต้องทำการตัดเข้าในข้อผ่าตัด จึงมีแนวทางการรักษาผ่าตัดแบบสองขั้นตอน มีการศึกษาผลลัพธ์จากการผ่าตัดเข้าหูลูกสองขั้นตอนที่ได้ผลดี โดยในขั้นแรกเป็นการผ่าตัดเอ็นไขว้หลังภายในสองสัปดาห์ จากนั้น ผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า และเอ็นประกับข้างที่ 3 เดือน ในรายที่ต้องผ่าตัด⁽²⁷⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากได้ผลดีจากการรักษาเข้าหูลูกด้วยการผ่าตัดในแง่ของความมั่นคง การใช้งาน องศาการเคลื่อนไหวของเข้าหลังผ่าตัด ข้อดี ข้อได้เปรียบของการผ่าตัดแบบนี้คือใช้เวลาผ่าตัดไม่นานลดการบาดเจ็บเพิ่มเติมในข้อเข้า ลดการเกิดพังพืดในข้อเข้าจากการผ่าตัดเอ็นไขว้ทันทีทุกเส้น และทำให้การกายภาพบำบัดทำได้ง่ายขึ้นมาก ในผู้ป่วยบางส่วนก็ไม่มีผลข้างเคียงในการ



ผ่าตัดครั้งที่สอง เนื่องจากการสมานของเส้นเอ็นไขว้ได้เอง แต่มีข้อเสียคือ มีระยะเวลาในการหายนานขึ้น การกลับไปใช้งานปกติอาจนานกว่าการผ่าตัดทั้งหมดในทีเดียว

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในจำนวนประชากรไม่มาก เป็นการรักษาของแพทย์คนเดียว และยังติดตามการรักษาไม่ได้นาน จึงไม่สามารถที่จะสรุปได้ว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุด จำเป็นต้องมีการศึกษาที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่านี้ และระยะเวลาติดตามอาการระยะยาวกว่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hoover NM: Injuries of the popliteal artery associated with fractures and dislocation. *Surg Clin North Am* 1961; 41: 1099-1112.
2. Sillanpaa PJ, Kannus P, Niemi ST, Rolf C, Fellander-Tsai L, Mattila VM: incidence of knee dislocation and concomitant vascular injury requiring surgery: A nationwide study. *J Trauma Acute care Surg* 2014; 76(3): 715-719.
3. Chhabra A, Cha PS, Rihn JA, et al: Surgical management of knee dislocation: Surgical technique. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87(pt 1, suppl 1): 1-21.
4. Levy BA, Dajani KA, Whelan DB, et al: Decision making in the multiligament-injured knee: An evidence-based systematic review. *Arthroscopy* 2009; 25(4): 430-438.
5. Werner BC, Gwathmey FW Jr, Higgins ST, Hart JM, Miller MD: Ultra-low velocity knee dislocation: Patient characteristics, complication, and outcomes. *Am J Sports Med* 2014; 42(2): 358-363.
6. Sreenadh Gella, Daniel B. Whelan, James P. stannard, Peter B. macDonald: Acute management and surgical timing of the multiligament-injured knee. *Instr Course Lect* 2015; 46: 521-530.
7. Taylor AR, Arden GP, Rainey HA: Traumatic dislocation of the knee: A report of forty-three cases with special reference to conservative treatment. *J Bone Joint Surg Br* 1972; 54(1): 96-102.
8. Thomsen PB, Rud B, Jensen UH: Stability and motion after traumatic dislocation of the knee. *Acta Orthop Scand* 1984; 55(3): 278-283.
9. Montgomery TJ, Savoie FH, White JL, Roberts TS, Hughes JL: Orthopedic management of knee dislocation: Comparison of surgical reconstruction and immobilization. *Am J Knee surg* 1995; 8(3) : 97-103.



10. Dedmond BT, Almekinders LC: Operative versus nonoperative treatment of knee dislocations: A meta-analysis. *Am J Knee Surg* 2001; 14(1): 33-38.
11. Peskun CJ, Whelan DB: Outcomes of operative and nonoperative treatment of multiligament knee injuries: An evidence-based review. *Sports Med Arthrosc* 2011; 19(2): 167-173.
12. Seong-II Bin, Tae-Seok Nam: Surgical outcome of 2-stage management of multiple knee ligament injuries after knee dislocation. *Arthroscopy* 2007; 23(10): 1066-1072.
13. Antonio Rios, Angel Villa, Homid Fahandezh et al: Results after treatment of traumatic knee dislocation: A report of 26 cases. *J Trauma* 2003; 55(3): 489-494.
14. Wascher DC, Dvirnak PC, DeCoster TA. Knee dislocation: Initial assessment and implications for treatment. *J Orthop Trauma* 1997; 11: 525-529.
15. Cooper DE, Speer KP, Wickjewicz TL, Warren RF. Complete knee dislocation without posterior cruciate ligament disruption. *Clin Orthop* 1992; 284: 228-233.
16. Shelbourne KD, Pritchard J, Rettig AC, et al. Knee dislocations with intact PCL. *Orthop Rev* 1992; 21: 607-611.
17. Roman PD, Hopson CN, Zenni EJ Jr. Traumatic dislocation of the knee: A report of 30 cases and literature review. *Orthop Rev* 1987; 16: 917-924.
18. Sisto DJ, Warren RF. Complete knee dislocation: A follow-up study of operative treatment. *Clin Orthop* 1985; 198: 94-101.
19. Kennedy JC. Complete dislocation of the knee joint. *J Bone Joint Surg Am* 1963; 45: 889-904.
20. Anikar C, Peter S, Jeffrey A, et al. Surgical management of knee dislocations—Surgical technique. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87: 1-21.
21. Meyers MH, Harvey JP Jr. Traumatic dislocation of the knee joint—A study of 18 cases. *J Bone Joint Surg Am* 1971; 53: 16- 29.
22. Shelbourne KD, Jennings RW, Vahey TN. Magnetic resonance imaging of posterior cruciate ligament injuries: Assessment of healing. *Am J Knee Surg* 1999; 12: 209-213.
23. Hefti FL, Kress A, Fasel J, et al. Healing of transected anterior cruciate ligament in the rabbit. *J Bone Joint Surg Am* 1991; 73: 373-383.



24. Shelbourne KD, Klotwyk TE. Low-velocity knee dislocation with sports injuries. Treatment principles. Clin Sports Med 2000; 19: 443-456.
25. Casteleyn PP, Handelberg F. Non-operative management of anterior cruciate ligament injuries in the general population. J Bone Joint Surg Br 1996; 78: 446-451.
26. Noyes FR, Barber-Westin SD. Reconstruction of the anterior and posterior cruciate ligaments after knee dislocation: Use of early protected postoperative motion to decrease arthrofibrosis. Am J Sports Med 1999; 25: 769-778.
27. Ohkoshi Y, Nagasaki S, Shibata N, Yamamoto K, Hashimoto T, Yamane S. Two-stage reconstruction with autografts for knee dislocations. Clin Orthop Relat Res 2002: 169-175.



การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ PERIOPERATIVE PATIENT PREPARATION BY OPERATING NURSE IN KALASIN HOSPITAL

Received: September 26, 2022

Revised: February 28, 2023

Accepted: March 03, 2023

วรวิทย์ จันทร์เพ็ง^{1*}, กล้าเผชญ์ โชคบำรุง²

Worawooth Chanpeng^{1*}, Klaphachoen Shokebumroong²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดและสังเคราะห์ เพื่อเสนอรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์การเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า มีผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัด ร้อยละ 8.34

2. รูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัด พบว่า 1) มีขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัด 2) มีการใช้เครื่องมือในการเตรียมการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด คือ แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อน-หลังการผ่าตัด และแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3) มีปัญหา/อุปสรรคในการเตรียมการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ ด้านระบบ ด้านบุคลากร ด้านเครื่องมือในการเตรียมก่อนผ่าตัด ด้านการจัดการข้อมูลผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ 1) การทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด 2) การจัดทำแบบบันทึกการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดใหม่ 3) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการเตรียมก่อนผ่าตัด และ 4) การปรับการจัดการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดให้เหมาะสม

คำสำคัญ: การเตรียมก่อนผ่าตัด, พยาบาลห้องผ่าตัด

¹ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: Worawooth.ch@kkumail.com



Abstract

This descriptive-qualitative research aimed to study (1) situations of peri-operative preparation by operative nurse, and (2) synthesizing peri-operative preparation by operative nurse model and giving its options for peri-operative preparation by operative nurse. Informants, 50 nurses, who were practicing at operation unit of Kalasin hospital. Data were collected by using techniques of interviewing, group discussion, surveying, and brain storming during June to August, 2022.

Results revealed that;

1. Patients, 8.34%, were not received peri-operative preparation by operative nurse,
2. Model of peri-operative preparation by operative nurse including 1) peri-operative preparation process, 2) tools for peri-operative preparation by operative nurse, 3) obstacles related to peri-operative preparation by operative nurse eg. personnel issue, tools for peri-operative preparation issue, and management issue.
3. Options for peri-operative preparation by operative nurse including 1) reviewing and update of Clinical Nursing Practice Guideline in Pre-Operation Period by Operative Nurse (CNPG-POP), 2) renewing of Nursing Record Form in Pre-Operation Period by Operative Nurse (NPF-POP), 3) strengthening capacity on peri-operative preparation of operative nurse, and 4) rethink about to peri-operative preparation by operative nurse management.

Keywords: Peri-operative preparation, Operative nurse



บทนำ

การผ่าตัดเป็นการรักษาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอันตรายและมีความไม่แน่นอนว่า การผ่าตัดจะช่วยให้โรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นจะหายเป็นปกติได้หรือไม่⁽¹⁾ โดยรูปแบบในการผ่าตัดจะมีสองแบบ ได้แก่ การผ่าตัดโดยฉุกเฉินที่ผู้ป่วยจะไม่ทราบมาก่อน และการผ่าตัดที่ผู้ป่วยทราบมาก่อนว่า เป็นทางเลือกในการรักษาโรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง หรือที่เรียกกันว่า เป็นการผ่าตัดแบบ elective case⁽¹⁾

ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการประเมิน วางแผนการให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และขั้นตอนการรักษาผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด⁽¹³⁾ รวมถึงรับทราบเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ในระหว่างการผ่าตัด ในขณะเดียวกันการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม⁽⁸⁾ จากการสำรวจในประเทศไทย พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดในห้องผ่าตัด ได้แก่ การงดหรือเลื่อนการผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม หรือผู้ป่วยมีการรับประทานน้ำหรืออาหารในวันผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เมื่อเกิดเหตุการณ์อันตรายต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเกิดมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพช้า และเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้การรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁽⁸⁾ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดที่ชัดเจน อาจเกิดความไม่ปลอดภัย และเป็นสาเหตุของการงดหรือเลื่อนผ่าตัด หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้⁽⁹⁾

จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดของพยาบาลที่ผ่านมานั้น พบว่า มีความหลากหลายในการปฏิบัติถึงแม้ว่าโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จะใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดของสำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์⁽⁴⁾ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสะท้อนให้เห็นสถานการณ์การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย เพื่อการรักษาด้วยการผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการรักษาด้วยการผ่าตัดที่เหมาะสม ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อสังเคราะห์และให้ข้อเสนอรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (descriptive-qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (descriptive-qualitative research)⁽⁵⁾ ทำการศึกษาข้อมูลจากประชากร (พยาบาลห้องผ่าตัด) เป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ทั้งหมด 50 คน กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ให้ข้อมูล) ถูกจำแนกตามกิจกรรมการวิจัย ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์พยาบาลห้องผ่าตัด (ผู้ให้ข้อมูล) ระดับปฏิบัติการ 6 คน
2. การสำรวจการปฏิบัติการในการเตรียมก่อนผ่าตัด ทำการสำรวจจากพยาบาลห้องผ่าตัด (ผู้ให้ข้อมูล) ทุกระดับ จำนวน 50 คน
3. การสนทนากลุ่ม ทำการสนทนากลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด (ผู้ให้ข้อมูล) ระดับปฏิบัติการ 1 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 6 คน ที่ไม่ซ้ำกับผู้ที่ถูกสัมภาษณ์
4. การประชุมระดมสมอง ทำการประชุมระดมสมองพยาบาลห้องผ่าตัด ระดับพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน และพยาบาลหัวหน้าห้อง 1 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง 11 คน

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัด (ผู้ให้ข้อมูล) มีคุณลักษณะ (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ (professional nurse) ที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดที่ผ่านการประเมินแล้ว และยินดีและให้คำยินยอมในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย
2. ไม่อยู่ระหว่างการลา ได้แก่ ลาป่วย ลาคดอด ลาศึกษาต่อ หรืออื่นๆ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้

วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัย ดังนี้ 1) การสัมภาษณ์พยาบาลห้องผ่าตัดระดับปฏิบัติการ 2) การสนทนากลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดระดับปฏิบัติการ 3) การสำรวจการปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วย เพื่อผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดทุกระดับ

ระยะที่ 2 การระดมสมอง ประกอบด้วย กิจกรรมการวิจัย ดังนี้ 1) การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และสังเคราะห์ประเด็นที่นำสู่การระดมสมอง ได้แก่ รูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดควรเป็นอย่างไร เครื่องมือในการเตรียมก่อนผ่าตัดควรเป็นอย่างไร การเพิ่มสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมก่อนผ่าตัดควรทำอย่างไร 2) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น 3) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาสรุป และจัดทำข้อเสนอรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัด



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการระดมสมอง ผู้วิจัยจึงอยู่ในฐานะเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาสมรรถนะตนเองในด้านการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการเป็นวิทยากรกระตุ้น (facilitator) ในการระดมสมอง โดยมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และแนวคำถามกระตุ้นการระดมสมอง ดังนี้

แนวคำถามการสัมภาษณ์ 1) เมื่อท่านได้รับมอบหมายให้เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด 2) ท่านมีการวางแผนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างไร 3) ท่านมีขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างไร 4) ท่านใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์อะไรหรือไม่มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด 5) ท่านสามารถดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดได้สมบูรณ์หรือไม่อย่างไร 6) ท่านประสบปัญหา-อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด มีหรือไม่อย่างไร 7) ท่านดำเนินการแก้ไขปัญหาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด อย่างไร (ถ้ามี) เป็นต้น

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 1) ห้องผ่าตัดมีการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละปีหรือแต่ละเดือนหรือแต่ละวัน มากน้อยหรือไม่อย่างไร 2) การวางแผนการผ่าตัดของห้องผ่าตัดทำกันอย่างไร 3) การบริหารจัดการ/มอบหมายงานในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด ทำอย่างไร 4) ห้องผ่าตัดมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดหรือไม่อย่างไร 5) ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด เป็นอย่างไร 6) ปัญหา-อุปสรรค หรือปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด มีหรือไม่อย่างไร เป็นต้น

แนวคำถามกระตุ้นการระดมสมอง 1) รูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดควรเป็นอย่างไร 2) เครื่องมือในการเตรียมก่อนผ่าตัดควรเป็นอย่างไร 3) การเพิ่มสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมก่อนผ่าตัดควรทำอย่างไร อื่นๆ เป็นต้น

2. แบบสำรวจการปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด แบบสำรวจนี้ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามกรอบแนวทางปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2551) มีข้อคำถาม 12 ข้อ สอบถามถึงความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 2, 1 และ 0 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)⁽⁵⁻⁶⁾ การวิเคราะห์ด้วยตารางการวิเคราะห์ (matrix analysis) และ การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (comparative analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลจากแบบสำรวจ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่, ร้อยละ และค่าสูงสุด-ต่ำสุด



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652023 เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565 และการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ COA N0.009-2022

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษารั้วนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทุกระดับการทำงาน จำนวน 50 คน ดังนี้ พยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 60, หัวหน้าห้องผ่าตัดต่างๆ ร้อยละ 38, เพศหญิง ร้อยละ 92, เพศชาย ร้อยละ 8, กลุ่มอายุมากที่สุด คือ น้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 38, ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 96 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n = 50)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง	หัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานห้องผ่าตัด	1	2.00
	หัวหน้าห้องผ่าตัดต่างๆ	19	38.00
	พยาบาลปฏิบัติการ	30	60.00
เพศ	ชาย	4	8.00
	หญิง	46	92.00
อายุ	ช่วงอายุ 24 - 58 ปี เฉลี่ย 36 ปี		
	< 30 ปี	19	38.00
	30 - 39 ปี	16	32.00
	40 - 49 ปี	6	12.00
	≥ 50 ปี	9	18.00
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	48	96.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	4.00
ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด	ระหว่าง 2 - 33 ปี เฉลี่ย 13 ปี		
	< 10 ปี	24	48.00
	10-19 ปี	11	22.00
	≥ 20 ปี	15	30.00
การได้รับการอบรมเฉพาะทาง	ได้รับ	16	32.00
	ไม่ได้รับ	34	68.00



2. สถานการณ์การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

2.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

ปีงบประมาณ 2562-2563 เป็นปีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) มีผลทำให้การรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถทำได้จำกัด โดยเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัดเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น จึงเป็นผลให้สถิติการรักษาด้วยการผ่าตัดลดลงอย่างมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเอกสารบันทึกการผ่าตัดห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ย้อนหลัง 1 ปี คือ ปีงบประมาณ 2564 แสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัด (ปีงบประมาณ 2564) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจริง ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมการผ่าตัด และ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและสาเหตุ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและเตรียมก่อนผ่าตัดปีงบประมาณ 2564

รายละเอียด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัด (ปีงบประมาณ 2564)	5,443	100.00
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจริง	5,409	99.37
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด	4,958	91.66
4. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด	451	8.34
สาเหตุที่ไม่ได้ทำการเตรียมผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด		
4.1 กำหนดการผ่าตัดหลังเวลา 15.00 น.	62	12.78
4.2 นัดผู้ป่วยมาอนโรโรงพยาบาลวันหยุด	423	87.22

2.2 กระบวนการ/ขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

1) การรับทราบการมอบหมายงาน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานห้องผ่าตัดเป็นผู้มอบหมายงานการเตรียมก่อนผ่าตัดให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ดำเนินการเตรียมก่อนผ่าตัด ดังตัวอย่างคำกล่าวดังนี้

“...เราได้รับมอบหมายให้อยู่ห้อง Pre-op นอกจากเราจะดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มารอผ่าตัด...” SN 1

2) การรับคำสั่ง ศัลยแพทย์เป็นผู้กำหนดการผ่าตัดและแจ้งมาที่พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานห้องผ่าตัด หลังจากนั้น หัวหน้ากลุ่มงานห้องผ่าตัดจะจัดทำตารางห้องผ่าตัดประจำวันแล้วส่งให้หัวหน้าห้องผ่าตัดต่างๆ เพื่อแจ้งกับพยาบาลที่ได้รับมอบหมายงาน รวมถึงติดประชาสัมพันธ์ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ดังตัวอย่างคำกล่าว ดังนี้

“...ถ้าอยู่ก็จะต้องตรวจสอบว่ามีผู้ป่วย set ผ่าตัดกี่คน เราก็เข้าไปดูรายชื่อ ข้อมูลเบื้องต้นผู้ป่วย...” SN 2



3) การแสดงตัวกับหอผู้ป่วยและผู้ป่วย/ญาติ พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายงานจะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเวลา 15.00 น. โดยเข้าไปรายงานตัวกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อที่จะมาทำการเยี่ยม หลังจากนั้น จะเข้าไปพบผู้ป่วย/ญาติเพื่อแนะนำตัวดังตัวอย่างคำกล่าว ดังนี้

“...เราออกเยี่ยม ก็พอเราไปถึงตึกก็ไปขออนุญาตที่พยาบาลที่ตึก ขอคุณแหม่ม
ประวัติผู้ป่วย คุณข้อมูลผู้ป่วย ...” SN 2

4) การตรวจสอบตัวผู้ป่วยกับคำสั่งการผ่าตัด พยาบาลผู้ปฏิบัติทำการตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ในแฟ้มประวัติการรักษา ดังตัวอย่างคำกล่าว ดังนี้

“...ตรวจสอบแผนการรักษา order ผ่าตัดของแพทย์ ว่าตรงกันไหม...” SN 1

5) การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ โรค ชนิดของการผ่าตัด โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ดังตัวอย่างคำกล่าว ดังนี้

“... ไปดูที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ตรวจสอบแผนการรักษา order ผ่าตัดของ
แพทย์ว่าตรงกันไหม ...” SN 1

6) การศึกษาข้อมูลความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การเตรียมผิวหนัง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ/หรือผลการตรวจพิเศษต่างๆ นอกจากนี้ ยังตรวจสอบการลงนามยินยอมการผ่าตัด การขออนุมัติการใช้วัสดุสิ้นเปลือง และสอบถามความวิตกกังวลโดยวาจา ดังตัวอย่างคำกล่าว ดังนี้

“... ถามอาการผู้ป่วยว่าเป็นยังไง ผ่าตัดอะไร จากนั้นเราก็อธิบายวิธีการ
ปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ดูแลความสะอาดร่างกาย ถอดเครื่องประดับทุกชนิด
งดน้ำงดอาหารตามแผนการรักษา จากนั้นก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อ
สงสัย...” SN 3

7) การให้คำแนะนำเพื่อเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนวันผ่าตัด เช่น การงดน้ำและอาหารก่อนวันผ่าตัด การทำความสะอาดร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่จะติดตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด (ถ้ามี) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นขณะผ่าตัด การถอดเครื่องประดับและฟันปลอม



ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติในการเตรียมก่อนผ่าตัด (n = 50)

การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด	ความถี่ในการปฏิบัติ					
	ปฏิบัติทุกครั้ง		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ตรวจสอบแผนการผ่าตัดจากคำสั่งการรักษาของแพทย์ร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วย	49	98.00	1	2.00		
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทำความรู้จักชื่อ-สกุล และตัวผู้ป่วย	49	98.00			1	2.00
3. ตรวจสอบความถูกต้องของการลงนามยินยอมผ่าตัด	50	100.00				
4. ตรวจร่างกายหรือตรวจสอบผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ การทำงานของปอดและหัวใจ	38	76.00	10	20.00	2	4.00
5. ตรวจสอบการตรวจทางห้องปฏิบัติการและหรือผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ	33	66.00	14	28.00	3	6.00
6. ตรวจสอบเอกสารการอนุมัติการใช้วัสดุสิ้นเปลือง (หากการผ่าตัดต้องมีการใช้)	49	98.00	1	2.00		
7. ประเมินระดับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็น	50	100.00				
8. ประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือหรือแบบประเมิน	49	98.00	1	2.00		
9. สอนหรือให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวระหว่างผ่าตัดและหรือหลังผ่าตัด	50	100.00				
10. แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงโอกาสที่อาจจะเกิดความผิดพลาดหรือผลกระทบจากการผ่าตัด	49	98.00	1	2.00		
11. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ชักถามหรือระบายความรู้สึก	49	98.00	1	2.00		
12. แจ้งให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องทราบเมื่อพบอาการผิดปกติหรือสิ่งผิดปกติ	50	100.00				

สถานการณ์ของกระบวนการ/ขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่กล่าวถึงข้างต้น ความความคลายคลึงกับที่ Selwyn (2020)⁽⁷⁾ ได้กล่าวไว้ในส่วนของพยาบาลห้องผ่าตัดว่า พยาบาลห้องผ่าตัดต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ประเมินปัญหาและให้ข้อมูลการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ รวมถึงการบอกเล่าเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อออกจากห้องผ่าตัด ในขณะที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (ม.ป.ป.)⁽⁸⁾ ในประเทศไทย ได้รายงานและอธิบายถึงการเตรียม



ก่อนผ่าตัดของโรงพยาบาลว่า ผู้ป่วยจะต้องได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์และพยาบาลให้เป็นที่เข้าใจ ประเมินความวิตกกังวล โรคประจำตัวและปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น แต่ไม่ได้แสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ชัดเจน

2.3 การใช้เครื่องมือในการเตรียมการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

1) แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อน-หลังการผ่าตัด ประกอบด้วย การบันทึก วันที่เยี่ยม ชื่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัดโดยการเช็คว่ามีหรือไม่ หากมีให้ทำเครื่องหมาย ✓ ข้อมูลที่ตรวจสอบ ได้แก่ หอผู้ป่วย (ward) การเป็นโรคเบาหวาน (DM) การเป็นโรคความดันโลหิตสูง (HT) การเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) การเป็นโรคเก๊าท์ (GOUT) การเป็นโรคไตวายเรื้อรัง (CRF) และอื่นๆ ให้ระบุ ในส่วนของหลังผ่าตัดเป็นการบันทึก วันที่เยี่ยม การประเมิน และอื่นๆ (หมายเหตุ) พร้อมลงชื่อผู้เยี่ยม

2) ใบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นเอกสารที่พยาบาลห้องผ่าตัดทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยนอนรักษา ชื่อ อายุ หมายเลขโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด วันที่ผ่าตัด ห้องผ่าตัด เวลา แบบบันทึกนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย (1) การสอบถามข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว การผ่าตัดที่ได้รับมาก่อนนี้ ประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตใจ (กลัว/วิตกกังวล) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (2) การประเมินผลการเยี่ยม ประกอบด้วย การประเมิน การรับฟัง การตอบคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่แนะนำ การซักถามเพิ่มเติม รวมถึงการตรวจสอบการลงนามยินยอมผ่าตัด

2.4 ปัญหา/อุปสรรคในการเตรียมการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

1) ด้านระบบ โดยปกติจะมีการกำหนดวันเวลาผ่าตัดก่อนเวลา 15.00 น. ในวันราชการ การกำหนดวันเวลาผ่าตัดที่นอกเหนือจากนี้ ทำให้ไม่สามารถทำการเตรียมก่อนผ่าตัดได้

2) ด้านบุคลากร มีพยาบาลห้องผ่าตัดค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน น้อยกว่า 10 ปี (เฉลี่ย 13 ปี) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

3) ด้านเครื่องมือในการเตรียมก่อนผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ 2 เครื่องมือ มีความซ้ำซ้อนของการลงข้อมูลเป็นบางส่วน ขาดเครื่องมือประเมินด้านจิตใจ

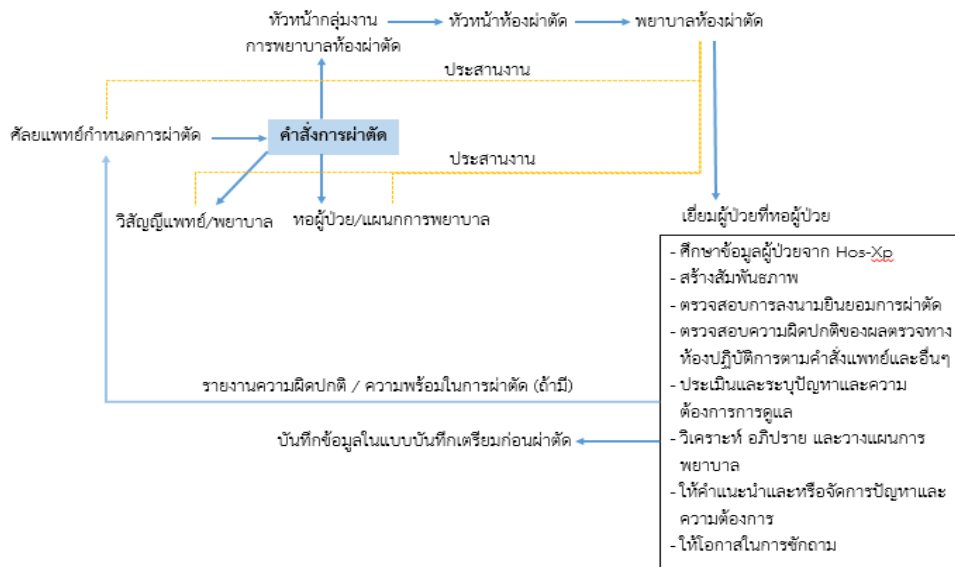
4) ด้านการจัดการข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลสำคัญบางอย่าง โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ คือ ยา การติดเชื้อ HIV การเป็นวัณโรคปอด ไม่ถูกรายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

ดังตัวอย่างคำกล่าว ดังนี้

“...มีการส่งข้อมูลไม่ครบถ้วนในข้อมูลที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ H.I.V หรือ ติดเชื้อดื้อยา (MDR) หรือ TB เพราะข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อการเตรียมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ผ่าตัด หรือการจัดการกับอุปกรณ์ผ่าตัด...”

SN 1

(ร่าง) แนวปฏิบัติในการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



ภาพที่ 1 (ร่าง) แนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

3. ข้อเสนอรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

3.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด (CNP-G-POP:

Clinical Nursing Practice Guideline in Pre-Operation Period by Operative Nurse) โดยพยาบาล
ห้องผ่าตัดที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดของสำนักงานการพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข (2551) ที่ใช้เป็นแนวทางอยู่ในปัจจุบัน ดังภาพที่ 1

ในภาพที่ 1 แสดงให้เห็นเส้นทางและกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติ
ต่อผู้เกี่ยวข้องทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/พยาบาล ผู้เกี่ยวข้องอื่น โดยการประสานงานเมื่อทำการเยี่ยม
ผู้ป่วยแล้ว นอกจากนี้ ยังแสดงให้เห็นกิจกรรมการพยาบาลในการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาล
ห้องผ่าตัดที่เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดของสำนักการพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข (2551)⁽⁴⁾

3.2 การพัฒนาหรือจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลในการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาล

ห้องผ่าตัด (NPF-POP : Nursing Record Form in Pre-Operation Period by Operative Nurse) ให้ครอบคลุมทุกประเด็นตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด ของสำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และควรมีหรือใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพจิต โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale) ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ที่ได้แปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith⁽⁹⁾



3.3 การจัดทำคู่มือการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติและหรือใช้ในการทบทวนการเตรียมก่อนผ่าตัด รวมถึงใช้ในการปฐมนิเทศสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่เข้ามาทำงานใหม่ ซึ่งการมีคู่มือจะช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถดำเนินการเตรียมก่อนผ่าตัดได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน

3.4 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมก่อนผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นเพราะถูกกำหนดในมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัดของสำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2551) ⁽⁴⁾ และให้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ⁽¹⁰⁻¹²⁾ ได้แก่ การเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี การเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ในการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ การเป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษา การเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประสานงาน เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีโปรแกรมในการ “RE & UP Skills” ตลอดจนมีการติดตามและประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดที่ชัดเจน ทั้งในพยาบาลใหม่และเก่า

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์การเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

1.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดสำหรับ elective case ทั้งสิ้น 5,443 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการผ่าตัดจริง 5,409 ราย (ร้อยละ 99.37) ผู้ป่วยได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด 4,958 ราย (ร้อยละ 91.66) มีผู้ป่วยร้อยละ 8.34 (451 ราย) ไม่ได้มีการเตรียมก่อนผ่าตัด โดยมีสาเหตุ 2 อย่างคือมีการกำหนดการผ่าตัดหลังเวลา 15.00 น. และมีการนัดผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาวันหยุด ร้อยละ 12.78 และ 87.22 ตามลำดับ

1.2 กระบวนการ/ขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนี้ 1) การรับทราบการมอบหมายงาน 2) การรับคำสั่ง 3) การแสดงตัวกับหอผู้ป่วยและผู้ป่วย/ญาติ 4) การตรวจสอบตัวผู้ป่วยกับคำสั่งการผ่าตัด 5) การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 6) การศึกษาข้อมูลความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และ 7) การให้คำแนะนำเพื่อเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด สำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ⁽⁴⁾

1.3 การใช้เครื่องมือในการเตรียมการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด มีการใช้เครื่องมือในการเตรียมก่อนผ่าตัด 2 เครื่องมือคือ 1) แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อน-หลังการผ่าตัด และ 2) ใบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด สำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ⁽⁴⁾



1.4 ปัญหา/อุปสรรคในการเตรียมการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด 1) ด้านระบบโดยปกติจะมีการกำหนดวันเวลาผ่าตัดก่อนเวลา 15.00 น. ในวันราชการ 2) ด้านบุคลากร มีพยาบาลห้องผ่าตัดค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน น้อยกว่า 10 ปี (เฉลี่ย 13 ปี) 3) ด้านเครื่องมือในการเตรียมก่อนผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ 2 เครื่องมือมีความซ้ำซ้อนของการลงข้อมูลเป็นบางส่วนขาดเครื่องมือประเมินด้านจิตใจด้านการจัดการข้อมูลผู้ป่วย 4.) ข้อมูลสำคัญบางอย่างโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อคอตีบ การติดเชื้อ HIV เป็นต้น

2. รูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

2.1 ด้านการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดในสถานการณ์ปัจจุบัน

1) บริบทการวางแผนและเตรียมก่อนผ่าตัด มีผู้เกี่ยวข้องในการผ่าตัด 2 ส่วน คือ ผู้กำหนดการผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ และผู้เตรียมก่อนผ่าตัด ได้แก่ พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานห้องผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลปฏิบัติการห้องผ่าตัด

2) การเตรียมก่อนผ่าตัดโดยการ “เยี่ยม” ประกอบไปด้วย กิจกรรม 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) สอบถามและประเมินอาการผิดปกติ 3) ตรวจสอบความพร้อมของเอกสาร (ใบยินยอมการผ่าตัด) และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดที่จะได้รับ 5) ให้คำแนะนำ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การผ่อนคลาย/คลายเครียด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างและหลังการผ่าตัด และ 6) บันทึกข้อมูลการเยี่ยมในแบบบันทึกที่กำหนด

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด มีการใช้ 1) แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อน-หลังการผ่าตัด และ 2) ใบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งแบบบันทึกทั้งสองสามารถจัดทำเป็นแบบบันทึกในใบเดียวได้

2.2 ด้านการพัฒนาารูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาเกี่ยวกับการเตรียมก่อนผ่าตัด ยังขาดแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดที่ชัดเจน และแบบบันทึกการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดของสำนักงานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

2.3 ด้านบุคลากรพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม และสนับสนุนให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

2.4 การจัดการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด เวลาในการเตรียมก่อนผ่าตัดที่ใช้เวลาเวลา 1-1 ½ ชั่วโมง ถือว่าค่อนข้างน้อย อาจทำให้ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนผ่าตัดไม่บรรลุตามที่คาดหวังได้



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการจัดทำหรือทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด ของสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือของบุคลากรพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
2. การพัฒนาหรือจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลในการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ให้ครอบคลุมทุกประเด็นตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด ของสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และควรมีหรือใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพจิต
3. ควรมีการจัดทำคู่มือการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
4. จัดทำหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการเตรียมก่อนผ่าตัด “RE & UP Skills”
5. การมีระบบพี่เลี้ยง (mentor) สำหรับพยาบาลที่ยังมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย
6. ควรมีการศึกษาการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลในการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด คู่มือการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Heizer, J. H.. Strategic Operations Management. 4th Edition. London: Routledge; 2018.
2. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2) พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
3. Miles, M. B., & Huberman, A. M.. Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
4. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
5. Selwyn, D. Impact of perioperative care on healthcare resource use : Rapid research review. ม.ป.พ.; UK:2020.
6. โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. (ม.ป.ป.). การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด [อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงได้จาก : <https://www.bth.co.th/th/news-health-th/242-health-news-surgery-center-th/888-repaired.html>
7. ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(1):18-30.



8. Johnstone, J. How to provide preoperative care to patients. Nursing Standard 2020; 36(11): 72-76. Available from: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/how-to-series/how-to-provide-preoperative-care-to-patients-ns.2020.e11657/abs> : doi: 10.7748/ns.2020.e11657.
9. Pritchard, M.J.. Pre-operative assessment of elective surgical patients. Nursing Standard 2012; 26(30): 51-56. Available from: <https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2012.03.26.30.51.c9003> : doi: 10.7748/ns2012.03.26.30.51.c9003.
10. Walsgrove, H. Putting education into practice for pre-operative patient assessment 2006; 20(47): 35-39. Available from: <https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2006.08.20.47.35.c4476>: doi: 10.7748/ns2006.08.20.47.35.c4476.
11. Watters D.A., Guest G.D., Tangi V., Shrimme M.G., Meara J.G. Global surgery system strengthening: it is all about the right metrics. Anesth Analg 2018;126:1329-39.
12. ศยามล ภูเขมา และ วรรณชนก จันทชุม. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 3(1): 51-60
13. แสงว นุญเฉลิมวิภาส. กฎหมายและข้อควรระวังของแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ:วิญญูชน;2558



ผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกาฬสินธุ์

OUTCOME OF MEDICATION THERAPY MANAGEMENT IN GERIATRIC CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS AT CHRONIC KIDNEY DISEASE CLINIC OF A COMMUNITY HOSPITAL IN KALASIN PROVINCE

Received: April 15, 2023

Revised: May 30, 2023

Accepted: June 01, 2023

ชุตานันท์ สมภูมิ^{1*}, เชิดชัย สุนทรภาส², สุธาร จันทะวงศ์³, นพพล คำภูมิ⁴

Chutanun Sompoom^{1*}, Cheardchai Soontornpas²,

Suthan Chanthawong³, Noppon Kamphumee⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบไปข้างหน้า (prospective quasi-experimental design) เพื่อศึกษาการติดตามผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป ณ คลินิกไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป และมีโรคเบาหวานร่วมด้วย โดยติดตาม 3 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test, ANOVA, Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 73 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.3 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 64.4 เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3 ร้อยละ 41.1 พบปัญหาการใช้ยา 43 ปัญหา แพทย์ยอมรับคำแนะนำจากเภสัชกรในการแก้ปัญหาการใช้ยา ร้อยละ 97.7 ผลลัพธ์ทางคลินิกเดือนที่ 0, 1, 3 ในผู้ป่วย 17 ราย และเดือนที่ 0, 2, 4 ในผู้ป่วย 56 ราย พบค่าเฉลี่ยของพารามิเตอร์ทางคลินิกที่ลดลงจากค่าเริ่มต้น ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าที่เพิ่มขึ้นได้แก่ ค่าซีรุ่มครีเอตินิน ค่าน้ำตาลสะสม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

¹ นักศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Master of Pharmacy Program in Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

² รองศาสตราจารย์ สาขเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Associated Professor, Division of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Assistant Professor, Division of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

⁴ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลหนองสูงศรี

Medical Physician Senior Special Professional, Nongkungsri Hospital

*Corresponding author E-mail: suthch@kku.ac.th



การจัดการด้านยาโดยเภสัชกรสามารถค้นหาและแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังที่มีโรคเบาหวาน โดยแพทย์ให้การยอมรับต่อคำแนะนำของเภสัชกร จึงควรมีการดำเนินการจัดการด้านยานี้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการด้านยา, ปัญหาการใช้ยา, ผู้สูงอายุ, ไตวายเรื้อรัง, โรคเบาหวาน

Abstract

The study aims to monitor the outcome of medication therapy management (MTM) in elderly with chronic kidney disease (CKD) patients at CKD clinic. A prospective quasi experimental study was performed in patients aged ≥ 60 years with diabetes and CKD-stage 3 or higher. Clinical outcomes were monitored for three times, at baseline (before MTM provision by pharmacist) and at follow up visit. Data collection by using data collection form and analyzed by using descriptive statistic. The differences were analyzed paired t-test, ANOVA and Wilcoxon signed rank test.

Result: At the end of study, there were 73 patients. Most of them were females (75.3%) and most aged 60-70 years (64.4%). Most patient had CKD stage 3a, (41.1%). There were 43 drug related problems (DRP) and the acceptance rate of the physicians to pharmacist's intervention was 97.7%. There were 17 patients who were follow up at 0, 1, 3 months and 56 patients who were follow up at 0, 2, 4 months. On average, the clinical parameters that the value decreased from baseline was fasting blood sugar but the clinical parameters that the value increased from baseline were serum creatinine and hemoglobin A1C but the difference did not reach statistical significance.

Conclusion: MTM provision by pharmacist can detect and correct DRPs in elderly patients with chronic kidney diseases and diabetes. Most of pharmacist interventions were accepted by the physicians. Therefore, this MTM should be continued.

Keyword: Medication therapy management, drug related problem, elderly, chronic kidney disease, diabetes mellitus



บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-5 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.9 เป็น 55.8 และ 58.8 ⁽¹⁻³⁾ ในจังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-5 เพิ่มขึ้นร้อยละ 49.6, 48.54, 56.7 ⁽⁴⁻⁶⁾ อำเภอหนองกุงศรีมีผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-5 ที่มีโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปีเท่ากับร้อยละ 80, 81.9 และ 84.5 ตามลำดับ ⁽⁷⁾ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการใช้ยาสมุนไพร ⁽²⁾ เมื่อเข้าสู่วัยชราจะมีความทำงานของไตและค่าอัตราการกรองผ่านกลomerulus ลดลง มีผลต่อการเมตาบอลิซึมและการกำจัดยาลดลง จนอาจเกิดปัญหาเมื่อมีการใช้ยาาร่วมกันหลายขนาน เพิ่มระยะการพักยาตัวในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ^(1-2,8) จึงได้มีแนวทางการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรม (Medication Therapy Management, MTM) ⁽⁹⁻¹¹⁾ โดยการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรมมีความจำเป็นอย่างยิ่งตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งช่วยลดปัญหาการใช้ยาได้ และผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่ควบคุมได้ และมีแนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตามการติดตามการใช้ยาโดยเฉพาะผู้สูงอายุยังคงไม่ต่อเนื่อง ⁽⁹⁻¹⁵⁾ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้เปิดให้บริการคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในปี 2560 โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลการรักษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยา และแก้ไขปัญห และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรม โดยเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวาน ณ คลินิกผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดปัญหาการใช้ยา และการจัดการปัญหาจากการใช้ยา การตอบสนองของแพทย์ต่อการให้คำแนะนำของเภสัชกร
2. เพื่อติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกไตวายเรื้อรัง ภายหลังการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรมโดยเภสัชกร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบไปข้างหน้า (prospective quasi-experimental design) เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ก่อนและหลังการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรม



ติดตามจำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 (MTM 0) หรือเดือนที่ 0, ครั้งที่ 2 (MTM 1) หรือ เดือนที่ 1 และครั้งที่ 3 (MTM 2) หรือเดือนที่ 3 จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทางโรงพยาบาลปรับรูปแบบการให้บริการโดยการนัดผู้ป่วยทุก 2 เดือน ดังนั้นการติดตามครั้งที่ 2 (MTM 1) จึงเป็นเดือนที่ 2 และการติดตามครั้งที่ 3 (MTM 2) จึงเป็นเดือนที่ 4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 4 มิถุนายน 2563 ถึง 30 กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 4 มิถุนายน 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 และผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) การวิจัยนี้นำข้อมูลอุบัติการณ์หรือสัดส่วนการเกิดปัญหาการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางไตซึ่งได้รับการจัดการด้านยามาคำนวณกลุ่มตัวอย่าง⁽¹²⁾ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{E^2}$$

กำหนดให้มีอำนาจในการทดสอบ (power of the test; $1-\beta$) เท่ากับร้อยละ 80 ระดับความเชื่อมั่น (alpha; α) เท่ากับ 0.05 ค่า P คือ อุตบัติการณ์หรือสัดส่วนการพบ DRPs เท่ากับร้อยละ 97⁽¹²⁾ ค่าความแม่นยำ (E) เท่ากับ 0.04 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 70 ราย กรณีไม่สามารถติดตามได้ร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างได้ 84 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้สูงอายุโรคอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่รับบริการ ณ คลินิกไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลอื่นร่วมด้วย และผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ครบ 3 ครั้ง

ผลลัพธ์ที่ศึกษา

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ จำนวนและชนิดของปัญหาการใช้ยา (DRPs) ร้อยละและการตอบสนองของแพทย์ต่อการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C; HbA1c) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar;



FBS), ค่าความดันโลหิต systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), serum creatinine (SCr) และ eGFR เดือนที่ 0, 1, 3 และ 0, 2, 4

ขั้นตอนการให้บริการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรม ณ คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง ก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เภสัชกรจะทบทวนข้อมูลการใช้ยา ปัญหาการใช้ยา⁽¹⁶⁾ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตาม Beers criteria 2019⁽¹⁷⁾ ประเมินการใช้ยาตามแผนการรักษาพร้อมกับผลทางห้องปฏิบัติการ จากนั้นเภสัชกรลงบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย กรณีไม่พบปัญหาการใช้ยาผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ตามปกติ กรณีพบปัญหาการใช้ยาเภสัชกรจะส่งต่อแบบขอรับคำปรึกษาจากแพทย์และผู้ป่วยทั้งหมดจะกลับมาพบเภสัชกรอีกครั้ง และรับยากลับบ้าน จากนั้นเภสัชกรจัดทำเอกสารข้อมูลผู้ป่วยที่ปรับปรุงล่าสุด และติดตามการใช้ยาในการนัดหมายครั้งต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นเภสัชกร 1 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหารเภสัชกรรมเป็นระยะเวลา 6 ปี ทำหน้าที่เก็บข้อมูล ในวันที่ผู้ป่วยมาคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลโรคประจำตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาการใช้ยา และการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตาม Beers criteria 2019 แหล่งข้อมูลที่ใช้ ประกอบด้วย เวชระเบียนผู้ป่วยนอกทั้งรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และเอกสาร และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกร ประกอบด้วยข้อมูล 6 ส่วน จากระบบ HOSxP และการสัมภาษณ์ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการทบทวนประสาทรายการยาเดิมของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกปัญหาการใช้ยาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย อ้างอิง Cipolle⁽¹⁶⁾

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ อ้างอิง Beers criteria 2019⁽¹⁷⁾

ส่วนที่ 5 ใบขอรับปรึกษาจากแพทย์

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการตอบสนองต่อการให้คำแนะนำของเภสัชกร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบเก็บข้อมูลซึ่งผู้วิจัยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน, เภสัชกร 1 ท่าน และ พยาบาล 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง และเหมาะสมของแบบฟอร์มเก็บข้อมูลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาจากการใช้ยา การตอบสนองของแพทย์แสดงผลเป็นจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลพารามิเตอร์ผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบ MTM 0 และ MTM 2 แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ ได้แก่ HbA1c, SCr, eGFR วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test



เปรียบเทียบ MTM 0, MTM 1 และ MTM 2 ได้แก่ FBS, SBP, DBP วิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated ANOVA test (P-value < 0.05) กรณีการแจกแจงไม่เป็นปกติใช้ Wilcoxon signed rank test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Belmont report) การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเอกสารรับรองหมายเลข HE632126 รับรองต่ออายุ 25 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 83 ราย ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีจำนวน 73 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 55 ราย (ร้อยละ 75.3) อายุ 60-70 ปี (ร้อยละ 64.4) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับไตวายเรื้อรังความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 51 ราย (ร้อยละ 69.9) เป็นโรคไตวายเรื้อรังในระยะ 3a 30 ราย (ร้อยละ 43.8) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 13.97 ± 7.64 ปี จำนวนยาทั้งหมดที่ได้รับเฉลี่ย 6.44 ± 2.23 รายการ ยารักษาโรคเบาหวานที่ได้รับเฉลี่ย 1.23 ± 0.40 รายการ เป็นยาฉีด Insulin 41 ราย (ร้อยละ 56.2) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 73)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	24.7
หญิง	55	75.3
อายุ (ปี)		
60-70	47	64.4
71-80	26	35.6
การวินิจฉัย		
เบาหวาน + ไตวายเรื้อรัง	4	5.5
เบาหวาน + ความดันโลหิตสูง + ไตวายเรื้อรัง	12	16.4
เบาหวาน + ไตวายเรื้อรัง + ไขมันในเลือดสูง	6	8.2
เบาหวาน + ความดันโลหิตสูง + ไตวายเรื้อรัง + ไขมันในเลือดสูง	51	69.9
ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง (eGFR mL/min/1.73m²)		
ระยะ 3a (45 – 59)	30	41.1
ระยะ 3b (30 – 44)	25	34.3



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 73) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะ 4 (15 – 29)	17	23.3
ระยะ 5 (< 15)	1	1.4
ชนิดของยาเบาหวานที่ได้รับ		
Biguanides	7	9.6
Sulfonylureas	4	5.5
Biguanides+ sulfonylureas	17	23.3
Insulin	41	56.2
รูปแบบยารับประทานร่วมกับ Insulin	3	4.1

ผลลัพธ์การจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรม

จากการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรม รวม 3 ครั้ง พบปัญหาการใช้ยาทั้งสิ้น 43 ปัญหา ในผู้ป่วย 43 ราย จากทั้งหมด 73 ราย (ร้อยละ 58.9) โดยการจัดการด้านยารั้งที่ 1 (MTM 0) พบ 24 ราย (ร้อยละ 55.8) ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 15 ราย (ร้อยละ 34.9) ได้แก่ รับประทานยาผิดวิธีตามที่แพทย์สั่ง 8 ราย ปรับขนาดยาอินซูลินไม่ถูกและฉีดผิดวิธี 7 ราย ลำดับที่สอง คือ การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม 4 ราย (ร้อยละ 9.3) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีค่า eGFR < 30 mL/min/1.73m² ได้รับยา Metformin, colchicine, indomethacin ลำดับที่สาม คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้ยาอินซูลิน 2 ราย (ร้อยละ 4.7) การใช้ยาที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา 2 ราย (ร้อยละ 4.7) ได้แก่ ผู้ป่วยใช้สมุนไพรมาใช้ในการชะลอไตเสื่อม 1 ราย และซื้อยากลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) รับประทานเอง 1 ราย

การจัดการด้านยารั้งที่ 2 (MTM 1) พบปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 23.3) มากที่สุดคือ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา 4 ราย (ร้อยละ 9.3) ได้แก่ การรับประทานยาผิดวิธีตามที่แพทย์สั่งและการปรับขนาดยาอินซูลินไม่ถูกและฉีดผิดวิธี ผู้ป่วยได้รับยาขนาด tramadol และ colchicine สูงเกินไป อย่างละ 2 ราย (ร้อยละ 4.7)

การจัดการด้านยารั้งที่ 3 (MTM 2) พบปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 20.9) มากที่สุดคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 3 ราย (ร้อยละ 7.0) ได้แก่ รับประทานยาผิดวิธีตามที่แพทย์สั่ง และการปรับขนาดยาอินซูลินไม่ถูก 3 ราย การเลือกยาที่ไม่เหมาะสมหรือเลือกยาผิด 3 ราย (ร้อยละ 7.0) ที่มีค่า eGFR < mL/min/1.73m² ได้รับยา Metformin ลำดับที่สอง คือ จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือยาที่มีข้อบ่งชี้แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับ 2 ราย (ร้อยละ 4.7) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต กลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) ลำดับที่สาม คือ การใช้ยาที่ไม่จำเป็นต่อ



การรักษา ได้แก่ การรับประทานสมุนไพรหนานเฉาเหว่ย เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่พบระดับน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้น 1 ราย (ร้อยละ 2.3) และจากผู้ป่วยทั้งหมด 73 ราย พบผู้ป่วยจำนวน 43 รายที่มีปัญหาการใช้ยา ซึ่งหลังติดตามไม่พบผู้ป่วยคนเดิมมีปัญหาเดิมดังกล่าวซ้ำใน MTM1 และ MTM2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยา (n = 43)

ปัญหาการใช้ยาที่พบ	MTM 0		MTM 1		MTM 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำเป็นต้องได้รับการรักษา/ยาที่มีข้อบ่งใช้แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับ	1	2.3	1	2.3	2	4.7
2. การเลือกยาที่ไม่เหมาะสมหรือเลือกยาผิด	4	9.3	0	0	3	7.0
3. ได้รับขนาดต่ำเกินไป	0	0	2	4.7	0	0
4. ได้รับขนาดสูงเกินไป	0	0	2	4.7	0	0
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	2	4.7	1	2.3	0	0
6. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	15	34.9	4	9.3	3	7.0
7. การใช้ยาที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา	2	4.7	0	0	1	2.3
รวม	24	55.8	10	23.3	9	20.9

กรณีก่อนโควิด-19: MTM 1 = เดือนที่ 1, MTM 2 = เดือนที่ 3 กรณีหลังโควิด-19: MTM 1 = เดือนที่ 2, MTM 2 = เดือนที่ 4

เมื่อประเมินการใช้ยาไม่เหมาะสมตาม Beers criteria 2019 ในจำนวนผู้ป่วย 73 ราย โดยเภสัชกรการจัดการด้านยาครั้งที่ 1 (MTM 0) พบผู้ป่วยที่มีค่า eGFR < 30 mL/min/1.73m² ได้รับยา colchicine 1 ราย และครั้งที่ 2 (MTM 1) ได้รับยา tramadol ขนาดสูง 2 ราย ซึ่งควรปรับลดขนาดยาและติดตามอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อเภสัชกรติดตามการรักษาในผู้ป่วยทั้งสองรายไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

การตอบสนองของแพทย์ พบว่า ร้อยละ 97.7 แพทย์ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรในการแก้ปัญหาที่พบ 42 ราย จาก 43 ราย ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 22 ราย (ร้อยละ 51.1) เภสัชกรให้ความคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม 7 ราย (ร้อยละ 16.3) ผู้ป่วยที่มี eGFR < 30 mL/min/1.73m² ได้รับยา Metformin ซึ่งเภสัชกรปรึกษาแพทย์ให้เปลี่ยนเป็นยาฉีดอินซูลิน การไม่ได้รับยาตามข้อบ่งใช้ 4 ราย (ร้อยละ 9.3) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สมควรได้รับยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs ผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตได้รับ Doxazosin การใช้ยาที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา 3 ราย (ร้อยละ 6.9) ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3 ราย ซึ่งแพทย์ไม่ตอบสนองต่อคำแนะนำของเภสัชกรในผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 1.23) ซึ่งผู้ป่วยแจ้งว่า เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำช่วงดึกหลังฉีดอินซูลิน ก่อนอาหารเช้า ซึ่งวันที่มาพบแพทย์ผล FBS เท่ากับ 383 mg/dL แพทย์พิจารณาไม่ปรับขนาดอินซูลินและติดตามระดับน้ำตาล



ในเดือน MTM 1 พบว่า หลังผู้ป่วยยังคงฉีดอินซูลินขนาดเท่าเดิมต่อเนื่องไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอีก FBS เท่ากับ 188 mg/dL ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การตอบสนองของแพทย์ต่อปัญหาการใช้ยาและคำแนะนำของเภสัชกร (n = 43)

ปัญหาการใช้ยาที่พบ	จำนวนครั้งที่ เภสัชกรให้ คำแนะนำ	แพทย์ยอมรับ		แพทย์ไม่ยอมรับ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำเป็นต้องได้รับยา/ยาที่มีข้อบ่งใช้แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับ	4	4	9.3	0	0
2. การเลือกยาที่ไม่เหมาะสมหรือเลือกยาผิด	7	7	16.3	0	0
3. ได้รับขนาดต่ำเกินไป					
4. ได้รับขนาดสูงเกินไป	2	2	4.7	0	0
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	3	2	4.7	1	2.3
7. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	22	22	51.1	0	0
8. การใช้ยาที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา	3	3	6.9	0	0
รวม	43 (100)	42	97.7	1	2.3

ผลลัพธ์ทางคลินิก

ภายหลังการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 17 ราย ในเดือนที่ 0 (MTM 0) และ 3 (MTM 2) มีค่า HbA1c เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง $p = 0.118$ และเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 (MTM 0) และเดือนที่ 1 (MTM 1) พบว่า ค่า FBS มีแนวโน้มลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (179.76 ± 60.03 vs. 168.53 ± 59.22 ; $p = 0.261$) และเดือนที่ 3 (MTM 2) (160.65 ± 46.65 ; $p = 0.119$) ค่า SBP เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในเดือนที่ 1 (MTM 1) $p = 0.385$ และเดือนที่ 3 (MTM 2) $p = 0.104$ แต่พบว่า ค่า DBP เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) ส่วนค่า SCr ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.353$) eGFR เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.432$)

ส่วนผลลัพธ์ของผู้ป่วยจำนวน 56 ราย ในเดือนที่ 0 (MTM 0) และ 4 (MTM 2) พบว่า ค่า HbA1c เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.103$ และเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 (MTM 0) และเดือนที่ 2 (MTM1) พบว่า ค่า FBS มีแนวโน้มลดลง (153.57 ± 70.64 vs. 143.23 ± 40.15 ; $p = 0.331$) แต่ในเดือนที่ 4 (MTM 2) เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (164.63 ± 73.56 ; $p = 0.068$) ค่า SBP เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในเดือนที่ 2 (MTM 1) $p = 0.261$ และเดือนที่ 4 (MTM 2) $p = 0.186$ ค่า DBP ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในเดือนที่ 2 (MTM1) $p = 0.254$ และเดือนที่ 4 (MTM 2) $p = 0.264$ เปรียบเทียบการติดตาม 3 ครั้ง พบว่า FBS ($p = 0.331$), SBP ($p = 0.620$), DBP ($p = 0.378$)



แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า SCr เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.353$)
eGFR ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.338$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการจัดการด้านยา เดือนที่ 0, 1, 3 ($n=17$)

ผลลัพธ์ทาง คลินิก	MTM0	MTM1	MTM 0 vs 1	MTM2	MTM 0 vs 2	MTM 0 vs 1 vs 2
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	p-value	Mean $\pm$ SD	p-value	p-value
HbA1c (%)	9.71 $\pm$ 2.43	-	-	10.92 $\pm$ 3.0	0.118 ^a	-
FBS (mg/dL)	179.76 $\pm$ 60.03	168.53 $\pm$ 59.22	0.261 ^a	160.65 $\pm$ 46.65	0.119 ^a	0.509 ^c
SBP (mm/Hg)	125.06 $\pm$ 10.40	126.14 $\pm$ 16.41	0.385 ^a	129.47 $\pm$ 14.13	0.104 ^a	0.411 ^c
DBP (mm/Hg)	67.35 $\pm$ 9.49	67.71 $\pm$ 9.10	0.451 ^a	73.06 $\pm$ 6.44	0.016 ^a	0.010 ^c
SCr (mg/dL)	1.63 $\pm$ 0.44	-	-	1.61 $\pm$ 0.38	0.353 ^a	-
eGFR(mL/min/1.73m ²)	38.09 $\pm$ 10.20	-	-	38.34 $\pm$ 11.14	0.432 ^a	-

a = paired t-test, b = Wilcoxon rank sum test, c = repeated measure ANOVA, d= Wilcoxon rank sum test

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการจัดการด้านยาเดือนที่ 0, 2, 4 ($n=56$)

ผลลัพธ์ทาง คลินิก	MTM0	MTM1	MTM 0 vs 1	MTM2	MTM 0 vs 2	MTM 0 vs 1 vs 2
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	p-value	Mean $\pm$ SD	p-value	p-value
HbA1c (%)	8.07 $\pm$ 2.36	-	-	8.40 $\pm$ 2.47	0.103 ^b	-
FBS (mg/dL)	153.57 $\pm$ 70.64	143.23 $\pm$ 40.15	0.331 ^b	164.63 $\pm$ 73.56	0.068 ^b	0.331 ^d
SBP (mm/Hg)	135.95 $\pm$ 15.09	137.43 $\pm$ 15.95	0.261 ^a	138.77 $\pm$ 17.74	0.186 ^a	0.620 ^c
DBP (mm/Hg)	73.63 $\pm$ 8.32	72.70 $\pm$ 9.10	0.254 ^a	72.52 $\pm$ 11.01	0.264 ^a	0.378 ^c
SCr (mg/dL)	1.69 $\pm$ 1.25	-	-	1.81 $\pm$ 1.53	0.353 ^b	-
eGFR(mL/min/1.73m ²)	39.80 $\pm$ 12.45	-	-	39.06 $\pm$ 14.01	0.338 ^b	-

a = paired t-test, b = Wilcoxon rank sum test, c = repeated measure ANOVA, d= Wilcoxon rank sum test

สรุปผลการวิจัย

การจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุ สามารถค้นหาและลดปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังได้ และได้รับการยอมรับของแพทย์ต่อคำแนะนำจากเภสัชกร



อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรมโดยเภสัชกรติดตามจำนวน 3 ครั้ง พบว่า ปัญหาการใช้ยาลดลงในแต่ละครั้งหลังจากผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม โดยปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น รับประทานยาผิดวิธีตามที่แพทย์สั่ง ปริมาณยาอินซูลินไม่ถูกและเข้าใจวิธีฉีดผิด เนื่องจากไม่อ่านฉลากยา และผู้ป่วยบางรายมีปัญหาสายตา มีภาวะฟุ้งพาสู้ดูแล สอดคล้องกับการวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของ สิริกาญจน์ วงษ์จันทร์และคณะ⁽¹²⁾ ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และติดตามผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง สามารถลดปัญหาการใช้ยาได้ (จากร้อยละ 97.1, 76.0 และ 57.1 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการวิจัยของ วาริ จตุรภัทรพงศ์ และคณะ⁽¹³⁾ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเอกชน พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จากการลืมกินยา และไม่เข้าใจคำแนะนำในการใช้ยา รองลงมาคือ พบปัญหาการใช้ยาสมุนไพร เนื่องจากผู้ป่วยมีเศรษฐกิจเพียงพอกต่อการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพร และอาหารเสริม และยังพบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ $eGFR < 30 \text{ mL/min/1.73m}^2$ ได้รับยา Metformin เช่นเดียวกับการวิจัยการวิจัยของ อภิรติ หย่างไพบูลย์และคณะ⁽¹⁴⁾ พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตัวและการใช้ยา ได้แก่ ไม่ควบคุมอาหารและการลืมกินยา ในขณะที่การวิจัยนี้ทำในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่อในการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดน้ำตาลในเลือด ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การรับประทานต้นไมยราพส่งผลให้ค่า SCr สูงขึ้นรวมถึงระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินค่าเป้าหมาย ซึ่งในปัจจุบันยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่รวมถึงอาหารพื้นบ้านอีสานที่ผู้ป่วยในชุมชนรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักและผลไม้ตามฤดูกาล เช่น มะม่วง มะขาม น้อยหน่า ซึ่งหาได้ในพื้นที่ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักให้เหตุผลความจำเป็นในด้านเศรษฐกิจ เมื่อประเมินการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุจาก Beer criteria 2019 พบว่า ผู้ป่วยที่มี $eGFR < 30 \text{ mL/min/1.73m}^2$ ได้รับ Tramadol และ Colchicine โดยไม่มีการปรับขนาดยาที่เหมาะสมตามการทำงานของไต เภสัชกรตรวจพบจากการทบทวนประธานรายการยา และแจ้งแพทย์เพื่อปรับลดหรือหยุดยา จึงช่วยลดปัญหาการใช้ยาซึ่งแตกต่างจากการวิจัยของ Limpawattana และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ทำการวิจัยย้อนหลังในผู้ป่วยนอกอายุ 65 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้ Beer criteria 2003 พบการใช้ยา Indomethacin ร้อยละ 2.5 ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยนี้ที่มีรูปแบบการศึกษาเป็นแบบติดตามไปข้างหน้า เมื่อพบปัญหาการใช้ยาเภสัชกรสามารถแจ้งแพทย์เพื่อหยุดการใช้ยาในกลุ่มยา NSAIDs ตั้งแต่ขั้นตอนทบทวนประธานรายการยา สอดคล้องกับการวิจัยของอภิรติ หย่างไพบูลย์และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่า อัตราการตอบสนองของแพทย์ต่อคำแนะนำโดยเภสัชกรคิดเป็นร้อยละ 77.5 ในขณะที่การศึกษาของผู้วิจัย พบอัตราการตอบสนองของแพทย์ต่อคำแนะนำมากถึงร้อยละ 97.7 ซึ่งจะเห็น



ได้ว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากแพทย์ เนื่องจากเภสัชกรทำการประเมินครอบคลุมทั้งประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของการใช้ยาเป็นสำคัญ โดยพิจารณาจากอาการแสดงของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

ผลลัพธ์ทางคลินิก ในเดือนที่ 0, 1, 3 จำนวน 17 ราย (ช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ FBS มีแนวโน้มที่ลดลงจากการติดตามผู้ป่วย 3 ครั้ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ กันยารัตน์ พรหมคำแดงและคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งพบว่า ผลของการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตวายระยะ 3a ทำให้ FBS และ HbA1c ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.290$ และ $p = 0.11$ ตามลำดับ) ในขณะที่การศึกษาของผู้วิจัย พบ HbA1c เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมีระดับ HbA1c เฉลี่ยพื้นฐานค่อนข้างสูง (มากกว่า 8.0%) ซึ่งหลังให้การจัดการด้านยาและการบริบาลเภสัชกรรมพบว่า ผู้ป่วยจำนวนครึ่งหนึ่งมีค่าระดับ HbA1c ลดลงจนมีระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8.0% เป้าหมาย HbA1c ที่เข้มงวดน้อยกว่า 8.0% อาจเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุคาดเฉลี่ยสั้นหรือมีอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าประโยชน์^(19,20) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนานถึง 14 ปี ซึ่งผู้ป่วยอาจมีภาวะคืออินซูลิน และในขณะที่ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาใช้ยาลดลงโดยผู้ป่วยรับประทานยาและฉีดอินซูลินถูกต้อง แต่ยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยทางด้านอาหาร โดยเฉพาะข้าวเหนียว และผลไม้ตามฤดูกาลได้ เมื่อเปรียบเทียบกับกรวิจัยของ วาริ จตุรภัทรพงศ์ และคณะ⁽¹³⁾ ในการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งมีระดับ FBS เริ่มต้นอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี (139 ± 35.7 mg/dL) พบว่า ระดับ FBS มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในเดือนที่ 3 และ 6 ($p = 0.021$ และ $p = 0.022$) และค่าเฉลี่ย HbA1c เริ่มต้นอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ($7.3 \pm 1.3\%$) พบว่า เมื่อประเมินผลในเดือนที่ 3 และ 6 ค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$ และ $p = 0.005$) ดังนั้น จัดการด้านยาและการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อควบคุมระดับค่า FBS และ HbA1c ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเบาหวานและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จะส่งผลสามารถควบคุมการระดับน้ำตาลให้อยู่ในเป้าหมายและมีแนวโน้มที่ดี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและไตวายเรื้อรังนั้น มุ่งเน้นเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดเป็นรายบุคคล เพื่อวางแผนการรักษาโดยพิจารณาความเสี่ยงและประโยชน์ซึ่ง FBS มีที่แนวโน้มลดลง และใกล้เคียงกับเป้าหมายในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังซึ่งควรมีค่า FBS เท่ากับ 90-150 mg/dL อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ย SBP และ DBP มีแนวโน้มสูงขึ้นและควรควบคุมระดับความดันโลหิต ให้ BP < 140/90 mmHg ซึ่งหากค่า albumin urea < 30 mg/dL ควรมี BP < 140/90 mmHg และ albumin urea > 30 mg/dL ควรมี BP < 130/80 mmHg⁽¹⁾⁽¹⁹⁾ การติดตามทำงานของไต จากการวิจัยของ กันยารัตน์ พรหมคำแดง และคณะ⁽¹⁵⁾ การบริบาลเภสัชกรรมและติดตามผล 1 ปี พบ ค่าเฉลี่ย SCr ลดลง และ eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่ไม่พบว่า



แตกต่างของความเปลี่ยนแปลงของสภาวะการทำงานของไต เนื่องจากติดตามผลในระยะที่สั้นกว่า ดังนั้น หากต้องการประเมินผลควรมีการติดตามผู้ป่วยด้วยระยะเวลาที่ยาวขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีขนาดเล็กในโรงพยาบาลชุมชน ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นวงกว้าง ระยะเวลาวิจัยสั้น และมีข้อจำกัดในการติดตามผู้ป่วยในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้ทำการวิจัยในโรงพยาบาลแต่ละระดับ และควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยเป็น 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินของภาวะไตวายเรื้อรัง และค่าการทำงานของไต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แพทย์ และเภสัชกร โรงพยาบาลประจำคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลหนองสูงศรีที่สนับสนุนงานของผู้วิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเข้าร่วมวิจัยจนเสร็จสิ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต 2558. กรุงเทพมหานคร.
2. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010; 25: 1567-75.
3. กรมควบคุมโรค. ระบาดวิทยาและการสอบสวนมาตรการป้องกันโรคไตวายเรื้อรัง 2565.นนทบุรี.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังในเขตรับผิดชอบจำแนกตาม stage. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=5d523ced4c9569123109fa6f4071d35f
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังในเขตรับผิดชอบจำแนกตาม stage. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=5d523ced4c9569123109fa6f4071d35f



6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม stage 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=5d523ced4c9569123109fa6f4071d35f
7. โรงพยาบาลหนองสูงศรี. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังและเป็นเบาหวานที่มารับบริการคลินิกไตวายเรื้อรัง. 2561-2563. กาฬสินธุ์
8. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561.
9. Ponticelli C. Drug management in the elderly adult with chronic kidney disease: A Review for the primary care physician. Mayo Clin Proc 2015; 90(5): 633-45.
10. American pharmacist's association and the national association of chain drug stores foundation. Medication therapy management in pharmacy practice: Core elements of an MTM service model (Version 2.0). J Am Pharm Assoc 2008; 48(3): 341-53.
11. Cardone KE. Chronic kidney disease MTM data Set. Medication therapy Management: A comprehensive approach. McGraw Hill; 2018. [Online]. 2023 [Cited 2023 May 7] Available:from:<https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1079§ionid=61424690>
12. สิริกาญจน์ วงษ์จันทร์, วิศิษฐ์ ตันหยง. การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย ผ่านโปรแกรม Hosxp. วารสารไทยเกษียณนิพนธ์ 2561; 13(2): 53-68.
13. วารี จตุรภัทรพงศ์. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. ผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานวารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2556; 8(4): 133-42.
14. อภิรติ หย่างไพบูลย์, มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย, สมฤทัย วัชรวิวัฒน์. การตอบรับของแพทย์พยาบาลและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม; 4(2): 217-26.
15. กันยารัตน์ พรหมคำแดง, จูติพงศ์ ศิริลักษณ์. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยพยาบาลและสาธารณสุข 2566; 3(1): 1-19.
16. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: Their structure and function. DJCP Ann Pharmacother 1990; 24: 1093-7.



17. American geriatrics society 2019 Beers criteria updated expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019; 00:1– 21.
18. Limpawattana P, Kamolchai N, Theeranut A, Pimporm J. Potentially inappropriate prescribing of Thai older adults in an internal medicine outpatient clinic of a tertiary care hospital. Afr J Pharm Pharmacol 2014; 7(34): 2417-42.
19. American diabetes associated. Older adult: standards of medical care in diabetes 2022. Diabetes care 2022; Diabetes Care 2022;45(Supplement_1): S195–S207.
20. Duckworth W, Abaira C, Moritz T. VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med 2009; 360:129.



บทบาทในการพัฒนาชุมชน และความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ตำบลชานูวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

THE ROLE IN COMMUNITY DEVELOPMENT AND WELFARE NEEDS OF THE ELDERLY CHANUWAN SUBDISTRICT, PHANOM PHRAI DISTRICT, ROI ET PROVINCE

Received: January 12, 2023

Revised: June 03, 2023

Accepted: June 10, 2023

โสภณ เบื้องบน^{1*}, สุวิมล ดอบุต²,ธีรนาถ สุวรรณเรือง³

Sopon buengbon^{1*}, Suwimol Dobut², Theeranat Suwanaruang³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทในการพัฒนาชุมชนของผู้สูงอายุ ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ตำบลชานูวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 260 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2565 เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ สถิติ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA) ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

จากการศึกษาบทบาทในการพัฒนาชุมชนของผู้สูงอายุ ตำบลชานูวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 63.08 ผลการวิเคราะห์บทบาทในการพัฒนาชุมชนรายด้านโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (S.D. = 0.39) ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุรายด้านโดยรวมอยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.55 ± 0.34 (S.D. = 0.34) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ และบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากผลการศึกษาจึงควรมีการส่งเสริมสวัสดิการของรัฐให้แก่ผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน เช่น การสนับสนุนให้มีการพัฒนาอาชีพให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุ และควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การพัฒนา, การพัฒนาชุมชน, ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์ สาขาสารานสุขชุมชน วิทยาลัยพิจัยบัณฑิต

Faculty of Science community health branch Pitchayabandit College

² อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิทยาการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

Lecturer of the Faculty of Science and Technology ,Health Science Management,College of Asian Scholars

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

Faculty of Science and Health Technology Kalasin University

*Corresponding author E-mail: spon3108ballo@gmail.com



Abstract

This study explores the aim of this study to investigate the role of the elderly in community development. Welfare needs of the elderly and compare the roles of the elderly in community development in Chanuwan Subdistrict, Phanom Phrai District, Roi Et Province. During August-November 2022, 260 people Samples were collected using a questionnaire developed by the researcher. Data were analyzed by using percentage, mean and standard deviation. The hypothesis was tested using T-test (Independent Sample) and F-test (One-way ANOVA).

The research results found were as follows:

A study of the roles in community development of the elderly in Chanuwan Subdistrict, Phanom Phrai District, Roi Et Province, found that the samples were 260 people, 164 of whom were female, representing 63.08%, were in the moderate level (S.D. = 0.39) with an average of 3.55 ± 0.34 . (S.D.= 0.34) and the roles of the elderly in community development were not significantly different 0.05.

The results of the study should promote government welfare for the elderly in all aspects such as support for career development for the elderly. Including providing health education to the elderly. And should encourage relevant agencies to arrange an environment suitable for the living of the elderly.

Keywords: Development, Community Development, Elderly



บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นกลุ่มวัยต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากทุกๆ หน่วยงาน เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง และเสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงอาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลและรักษา ไม่ว่าจะเป็น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคไต โรคอัมพาต และโรคแทรกซ้อนอื่นๆ อีกมากมาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในสังคมยุคปัจจุบันนี้ได้ และอาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรค่อนข้างสูงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2487⁽¹⁾ ซึ่งจากการคาดการณ์ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เป็นประเทศที่สองของอาเซียนรองจากสิงคโปร์ โดยประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และอีก 20 ปีข้างหน้าในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุจำนวน 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จะมีมากถึง 3,500,000 คน นอกจากนี้ จำนวนผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องอันเนื่องจากการดูแลใส่ใจสุขภาพของประชาชน และจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ในยุคปัจจุบัน⁽²⁾

หากแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก โดยเริ่มจากประเทศที่พัฒนาแล้วมีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีและตามมาด้วยประเทศกำลังพัฒนา เมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้นจะส่งผลทำให้ปัจจัยการผลิตทางด้านแรงงานลดลง การออมลดลง รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการ และการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อดูแล และปฐมพยาบาลผู้สูงอายุมากขึ้น จะทำให้การลงทุนลดลง รายได้ประชาชาติลดลง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไปมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมและมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ดังนั้น ในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญควรจะร่วมมือกันทั้งภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ โดยเฉพาะการร่วมกันกระตุ้นเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการเตรียมวางแผนการออม การใช้ชีวิตในบั้นปลาย การร่วมมือกันในชุมชน การจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การปรับตัวทางด้านสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมทั้งการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการลงทุน และการออม เพื่อเตรียมพร้อมเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุซึ่งสำหรับบางประเทศได้มีการขยายอายุผู้เกษียณอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำมากขึ้น เพื่อไม่ให้รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และเป็นภาระกับสังคม เพื่อสร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ⁽¹⁾

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรในชุมชน จึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะทำการศึกษาบทบาทในการพัฒนาชุมชน และความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนในเขตตำบลนาหว้า อำเภอนมไพร



จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน และเพื่อศึกษาความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด อันจะนำไปสู่การนำเสนอแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาชุมชน ของชุมชนในเขตตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในตำบลชานวรรณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษายบทบาทในการพัฒนาชุมชนของผู้สูงอายุ ตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อเปรียบเทียบบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษายบทบาทในการพัฒนาชุมชน และความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนในเขตตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการวิจัยไว้ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษายบทบาทในการพัฒนาชุมชน และความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนในเขตตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 742 คน (ข้อมูลทั่วไปประจำปี 2565 องค์การบริหารส่วนตำบลชานวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด) ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณ ของ Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259.894 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 260 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการศึกษายบทบาทในการพัฒนาชุมชน จำนวน 25 ข้อ และความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำเสนอแบบสอบถาม สร้างแบบสอบถาม ที่แก้ไขเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาให้มีความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ และตรวจสอบภาษาแล้วนำมาปรับปรุงในเรื่องความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และแก้ไขความซ้ำซ้อนของข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ เลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try - out) กับกลุ่มผู้สูงอายุไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item – total Correlation) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ซึ่งคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยข้อมีการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย และมีการกำหนดการแปลความหมายของข้อมูลใช้เกณฑ์ดังนี้⁽³⁾

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามบทบาทในการพัฒนาชุมชนของผู้สูงอายุ

กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 - 4.20 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 - 3.40 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 - 2.60 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ

กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความต้องการมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความต้องการมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความต้องการน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความต้องการน้อยที่สุด



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพณิชยบัณฑิตเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา และเพื่อเปรียบเทียบบทบาทในการพัฒนาชุมชน และความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุกรณีศึกษาชุมชนในเขตตำบลชานวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ศึกษาได้แบ่งผลการศึกษาออกเป็นหัวข้อตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกเป็นเพศ และสถานภาพ

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	96	36.92
หญิง	164	63.08
รวม	260	100
2. อายุ		
61 – 65 ปี	132	50.77
66 – 70 ปี	64	24.62
71 – 75 ปี	39	15.00
76 – 80 ปี	18	6.92
80 ปีขึ้นไป	7	2.69
Mean = 67.2038, S.D. = 5.2647, Min = 61.00, Max = 84.00		
รวม	260	100
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	152	58.46
มัธยมศึกษา	49	18.85
อนุปริญญา	38	14.62
ปริญญาตรี	12	4.61
สูงกว่าปริญญาตรี	9	3.46
รวม	260	100



จากตารางที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 – 65 ปี และระดับการศึกษาผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ในเขตตำบลชานูวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้ง 5 ด้าน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ในเขตตำบลชานูวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้ง 5 ด้าน

ลำดับ	บทบาทการพัฒนาชุมชน (ด้าน)	n = 225		ระดับการมีบทบาท ต่อการพัฒนาชุมชน
		$\bar{x}$	S.D.	
1	การพัฒนาชุมชนด้านเศรษฐกิจ	3.57	0.09	ปานกลาง
2	การพัฒนาด้านการศึกษา	2.85	0.13	ปานกลาง
3	การศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี	3.64	0.18	มาก
4	การพัฒนาชุมชนด้านอาชีพ	2.78	0.16	ปานกลาง
5	สิ่งแวดล้อม	3.63	0.11	มาก
	รวม	3.29	0.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนด้านศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนด้านสิ่งแวดล้อม และ บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนด้านเศรษฐกิจ ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลชานูวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

ตารางที่ 3 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ตำบลชานูวรรณ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ	ความต้องการสวัสดิการ (ด้าน)	n = 225		ระดับความต้องการ สวัสดิการ
		$\bar{x}$	S.D.	
1	สุขภาพ	3.84	0.19	มาก
2	รายได้	3.72	0.47	มาก
3	นันทนาการ	2.96	0.18	ปานกลาง
4	ความมั่นคงของที่พักอาศัย	3.68	0.16	มาก
	รวม	3.55	0.34	มาก



จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความต้องการสวัสดิการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ความต้องการสวัสดิการด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการสวัสดิการด้านรายได้ และ ความต้องการสวัสดิการด้านความมั่นคงของที่พักอาศัยตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ตำบลชานุวรรณ อำเภอนมไพธ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีเพศต่างกัน

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ตำบลชานุวรรณ อำเภอนมไพธ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีเพศต่างกัน

เพศ	n = 260		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.			
เพศหญิง	12.79	1.09	0.374	332.339	0.708
เพศชาย	12.74	1.17			

จากตารางที่ 4 พบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ในเขตตำบลชานุวรรณ อำเภอนมไพธ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีเพศต่างกันมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนไม่แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไป พบผู้สูงอายุในเขตตำบลชานุวรรณ อำเภอนมไพธ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 164 คน (ร้อยละ 63.08) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 – 65 ปี จำนวน 132 คน (ร้อยละ 50.77) ระดับการศึกษาผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 152 (ร้อยละ 58.46)

2. บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ในเขตตำบลชานุวรรณ อำเภอนมไพธ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา ด้านศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี ด้านอาชีพ และด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวมแล้วบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ± 0.43 มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ด้านเศรษฐกิจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ± 0.24 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดถูกฝังให้ลูกหลานรู้จักประหยัด ขยัน อดออม ให้มีรายจ่ายน้อยกว่ารายได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ± 0.16 รองลงมาคือ ใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า และเกิดประโยชน์มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 ± 0.37 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ



มีบทบาทในการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยมีการจัดตั้งกลุ่มอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ให้คนในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 ± 0.49

2.2 บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ด้านการศึกษา ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 ± 0.19 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เข้าร่วมกิจกรรมของสถานศึกษา และช่วยกันดูแลรักษาสถานศึกษาในท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 ± 0.34 รองลงมาคือ บริจาคเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมกิจกรรมด้านการศึกษาของท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ± 0.16 และข้อที่มีค่าน้อยที่สุดคือ เป็นกรรมการ หรือมีส่วนร่วมในการสร้างแหล่งเรียนรู้ของสถานศึกษาในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 ± 0.09

2.3 บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ด้านศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ± 0.64 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เข้าร่วมกิจกรรม หรือพิธีกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมประเพณีที่จัดขึ้นโดยวัดหรือหน่วยงานต่างๆ ในท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 ± 0.64 รองลงมาคือ มีส่วนช่วยทำนุบำรุงศาสนา และบริจาคเพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 ± 0.27 และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด คือ เป็นวิทยากรให้ความรู้แก่เยาวชนในชุมชนเกี่ยวกับหลักธรรมศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ± 0.56

2.4 บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ด้านอาชีพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 ± 0.14 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาอาชีพของกลุ่มอาชีพในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ± 0.22 รองลงมาคือ เชิญชวนให้คนในชุมชนเข้าร่วมกลุ่มอาชีพในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 ± 0.13 และข้อที่มีค่าน้อยที่สุดคือ ประสานงานพัฒนาอาชีพในท้องถิ่นกับหน่วยงานอื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ± 0.28

2.5 บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 ± 0.14 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ มีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างประหยัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 ± 0.11 รองลงมาคือ แนะนำและส่งเสริมให้เยาวชนและคนในชุมชน ใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างประหยัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ± 0.28 และข้อที่มีค่าน้อยที่สุดคือ มีส่วนติดตาม ประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 ± 0.81

3. การศึกษาความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลชานวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านนันทนาการ และด้านที่พักอาศัย โดยรวมแล้วความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 ± 0.34 มีรายละเอียด ดังนี้



3.1 ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ± 0.19 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ต้องการให้มีบริการสุขภาพเคลื่อนที่ออกให้บริการแก่ผู้สูงอายุถึงชุมชนอย่างน้อยครั้งละ 1 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ± 0.26 รองลงมาคือ ต้องการอาสาสมัครชุมชนประจำหมู่บ้านให้มีเพียงพอสื่อและบริการอย่างสม่ำเสมอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ± 0.08 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ต้องการให้มีการอบรมเรื่องสุขภาพและการดูแลตัวเองตามวัย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ± 0.03

3.2 ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ด้านรายได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ± 0.47 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ต้องการให้มีการส่งเสริมในด้านอาชีพที่เหมาะสมกับวัย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 ± 0.16 รองลงมาคือ ต้องการให้มีการจัดสรรเงินทุนเพื่อประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 ± 0.22 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ต้องการให้มีวิทยากรมาอบรมให้ความรู้เรื่องการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ± 0.28

3.3 ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ด้านนันทนาการได้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ± 0.18 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ต้องการให้มีกิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ± 0.07 รองลงมาคือ ต้องการให้มีการจัดตั้งชมรมกีฬา มีห้องนันทนาการ เพื่อพบปะเพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ± 0.11 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมธรรมสัจจกร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ± 0.15

3.4 ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ด้านความมั่นคงของที่พักอาศัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 ± 0.16 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ต้องการให้มีการบริการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 ± 0.14 รองลงมาคือ ต้องการให้มีการดูแลสิ่งอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ± 0.19 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ต้องการให้มีบ้านพักคนชรา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 ± 0.02

4. ผลการเปรียบเทียบบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ในเขตตำบลนาหวารวม อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีเพศต่างกัน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีเพศต่างกันมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. โดยรวมแล้วบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วม และมีบทบาทน้อยมากในเรื่องการพัฒนาชุมชน หรืออาจเป็นเพราะขาดการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และยังมีสูงอายุที่มีความร่วมใจและร่วมกำลัง มีความตระหนักในการทำให้ชุมชนมีความเจริญ และให้เกิดการพัฒนา ชุมชนเกิดความ เป็นปึกแผ่นมีความสามัคคี แต่ยังคงเป็นส่วนน้อยในชุมชน จึงทำให้มีบทบาทของผู้สูงอายุในการ



พัฒนาชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ พระศุภรักษ์ วิสุทฺโธ ทำการศึกษาเมื่อปี 2561⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนในตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัด นครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่า บทบาทของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลชานูวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านนันทนาการ และด้านที่พักอาศัย โดยรวมแล้วความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ซึ่งผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมาก มีความจำเป็นต้องเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อทำการรักษา บางครั้งต้องพึ่งพาบุตรหลาน และใช้งบประมาณในการเดินทาง จึงมีความต้องการด้านสุขภาพมาก ส่วนด้านรายได้เป็นเพราะผู้สูงอายุมีรายได้ในแต่ละเดือนยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ด้านนันทนาการต้องการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และพบปะเพื่อนๆ และด้านที่พักอาศัย อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีร่างกายไม่แข็งแรงเท่ากับวัยอื่นๆ เพื่อเป็นการไม่เป็นอันตรายต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จึงต้องการให้มีการอำนวยความสะดวกในด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องกับ ศศิวิมล กองทรัพย์เจริญ ทำการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2563⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตตำบลตาสิทธิ์ อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง พบว่า ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสวัสดิการอยู่ในระดับมาก

3. บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ที่มีเพศต่างกัน มีบทบาทในการพัฒนาชุมชน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะว่า บทบาทของการพัฒนาชุมชน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศไม่ว่าจะเป็นเพศชาย หรือเพศหญิงทุกเพศย่อมมีสิทธิเข้าถึงการพัฒนา และไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ถ้ามีแนวความคิดที่จะพัฒนาชุมชนทุกเพศก็สามารถทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับ พลอยพรรณ เชี่ยวชาญ ทำการศึกษาเมื่อปี 2559⁽⁴⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติของประชาชนในตำบลทับใต้ เกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อการพัฒนาชุมชน จำแนกตามเพศ พบว่า โดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน ของผู้สูงอายุในเขตตำบลชานูวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
2. ควรมีการศึกษา เรื่องพฤติกรรมการพัฒนาชุมชนของผู้สูงอายุในเขตตำบลชานูวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
3. ควรทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพราะในประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน
4. ควรทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณประชาชน คณะผู้บริหาร ขององค์การบริหารส่วนตำบลนาสุวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นางสง่า มาลัย ที่อนุเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และทุกท่านที่มีส่วนสำคัญให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. ปี 2564. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุ. ปี 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=social>
3. ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. ปี 2538. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. พระสุตกรักษ์ วิสุทุโธ. บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนในตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. ปี 2561. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561).
5. ศศิวิมล กองทรัพย์เจริญ. ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตตำบลดาสีห์ อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. ปี 2563. สาขารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. พลอยพรรณ เชื้อชาญ. บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน. ปี 2559. วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์.
7. ณัฐฐิธิตา เทวเลิศสกุล. แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. ปี 2559. วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
8. พระสุตกรักษ์ วิสุทุโธ. บทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนในตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. ปี 2561. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
9. อรรถชัย คล่องแคล่ว. บทบาทของผู้สูงอายุกับการพัฒนาชุมชนย่อยที่ 14 (ป่ายาง) เทศบาลเมืองจันทบุรี. ปี 2560. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
10. พระประเสริฐ นารโท และคณะ. การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของผู้สูงอายุตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนาในเขตเทศบาลตำบลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. ปี 2560. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ.



11. นิตี แก้วชื่น. การดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. ปี 2560. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
12. สามารถรุ่งโรจน์. ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี. ปี 2560. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
13. สุทธิวรรณ สว่างเนตร. ความต้องการด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. ปี 2561. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

FACTORS RELATING TO BEHAVIOR OF USING HERBS FOR HEALTH CARE DURING COVID-19 PANDEMIC AMONG THAKSIN UNIVERSITY STUDENTS, PHATTHALUNG CAMPUS

Received: February 25, 2023

Revised: June 25, 2023

Accepted: June 29, 2023

ทศดาพร แจวจิารณ์¹, ณัฐธัญญา สนั่นก้อง¹, นัชมีน เจ๊ะกา¹,

สุกาญจนา กำลังมาก¹, ยมณ พิทักษ์ภาวสุทธิ^{1*}

Tassadaporn Jaewijan¹, Natthanicha Sanankong¹, Nasmeeen Cheka¹,

Sukanjana Kumlungmak¹, Yamon Pitakpawasutthi^{1*}

บทคัดย่อ

ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 การรักษาการติดเชื้อต้องใช้งบประมาณสูงทั้งการรักษา การนำเข้ายาและวัคซีนจากต่างประเทศ การใช้สมุนไพรเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง เพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.49 มีช่วงอายุ 20-22 ปี ร้อยละ 64.94 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.10 และได้รับข่าวสารจากสื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 75.58 ระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.29 ทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.52 และพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.11 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ได้แก่ คณะที่ศึกษา ($\chi^2=42.160, p\text{-value} = 0.004$) ความรู้พบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยมาก ($r = 0.100, p\text{-value} = 0.044$) และทักษะพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยมาก ($r = 0.390, p\text{-value} = 0.000$) ตามลำดับ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรมีการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, สมุนไพร, โควิด-19

¹ สาขาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

*Corresponding author E-mail: yamon.p@tsu.ac.th



Abstract

During the COVID-19 situation, the treatment of COVID-19 infection requires a high budget for the entire treatment as well as importing preventive medicines and vaccines. Therefore, using herbs is another option to take care of health in the situation of COVID-19. This research is survey research aims to study the level of knowledge, attitudes and behaviors as well as to study the factors related to behaviors of using herbs for healthcare in the COVID-19 Situation. The research tools consisted of a general information questionnaire and a questionnaire on knowledge, attitudes and behaviors regarding the use of medicinal herbs for health care. The datasets were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test as well as Pearson's correlation coefficient.

The results showed that the majority of the respondents were female 66.49%, aged 20-22 years 64.94%, had no underlying disease 96.10%, and received news from internet media 75.58%. Most of the knowledge levels were moderate 54.29%, attitude levels were high 80.52% and behavior levels were low 76.11%. According to the study, factors that correlate with behavior were faculty ($\chi^2=42.160$, p-value = 0.004). Knowledge showed very little positive correlation ($r = 0.100$, p-value = 0.044) and attitude showed very little positive correlation ($r = 0.390$, p-value = 0.000), respectively.

From the results of this research, knowledge about the use of herbs should be strengthened in order to achieve strength and sustainability in taking care of health in the future situation of COVID-19.

Keywords: Knowledge, Attitude, Behavior, Herbs, COVID-19



บทนำ

องค์การอนามัยโลกประกาศโรคโควิด-19 ระบาดใหญ่ (Coronavirus Pandemic) เมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 3,000-4,000 ราย มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 200-300 ราย สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย ในระยะต่อมาได้พบการแพร่ระบาดใหญ่เป็นการติดเชื้อ เป็นกลุ่มก้อน⁽¹⁾ เนื่องจากเชื้อสามารถติดต่อโดยฝอยละอองขนาดเล็กจากจามและน้ำลาย การไอ จาม การพูดคุย การสัมผัสใกล้ชิด การสัมผัสที่ปนเปื้อนตามพื้นผิว ส่งผลให้เกิดการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว ซึ่งมีการแสดง เช่น ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล ครั่นเนื้อครั่นตัวและไข้ บางรายอาจพบอาการจามไม่ได้กลืน ลิ้นไม่รับรส ตาแดง มีผื่น ท้องเสีย บางรายอาการรุนแรงอาจพบปอดอักเสบร่วมด้วย⁽²⁾

การรักษาการติดเชื้อต้องใช้งบประมาณสูงทั้งกระบวนการรักษาและการนำเข้ายาและวัคซีน ป้องกันจากต่างประเทศ การป้องกันและดูแลตนเองไม่ให้ติดเชื้อรวมถึงการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ที่หน่วยงานของรัฐได้ประกาศจึงเป็นแนวทางในการลดจำนวนการติดเชื้อได้⁽³⁾ การพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสนับสนุนให้ประชาชนเห็นถึงคุณประโยชน์ในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น⁽⁴⁾ การใช้สมุนไพรจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพช่วงการระบาด อาทิ ฟ้าทะลายโจร กระชาย ขมิ้นชัน มะขามป้อม ขิง ข่า หอมแดง กระเทียม เป็นต้น⁽⁵⁾

ปัจจุบันกระแสความตื่นตัวในเรื่องของการใช้สมุนไพรกับการดูแลสุขภาพมีมากขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากยาแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บ บางชนิดให้หายขาดได้ ประชาชนส่วนใหญ่จึงเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการเลือกรับประทานอาหารจากพวกพืชผักสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสมุนไพรนอกจากจะเป็นประโยชน์ทางยาแล้วยังปลอดภัยจากสารเคมีอีกด้วย⁽⁶⁾ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า สมุนไพรสามารถนำมาบรรเทาหรือรักษาอาการเบื้องต้นเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 นิสิตจึงควรหันมาให้ความสำคัญกับสิ่งที่มีคุณค่าที่มีอยู่ใกล้ตัวให้เกิดประโยชน์ และจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันในหลากหลายมิติ ซึ่งเชื่อว่าหากบุคคลใดมีทัศนคติที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีและพฤติกรรมที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติหรือความคิดที่ดีด้วยเช่นกัน⁽⁷⁾

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เป็นคณะที่มีการเปิดสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต รวมถึงหลักสูตรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงได้มีการส่งเสริมให้นิสิตและบุคลากรในมหาวิทยาลัยหันมาใช้สมุนไพรไทยที่อยู่ใกล้ตัว เพื่อดูแลสุขภาพตนเองในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และเป็นการอนุรักษ์สืบสานภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมของการใช้สมุนไพร

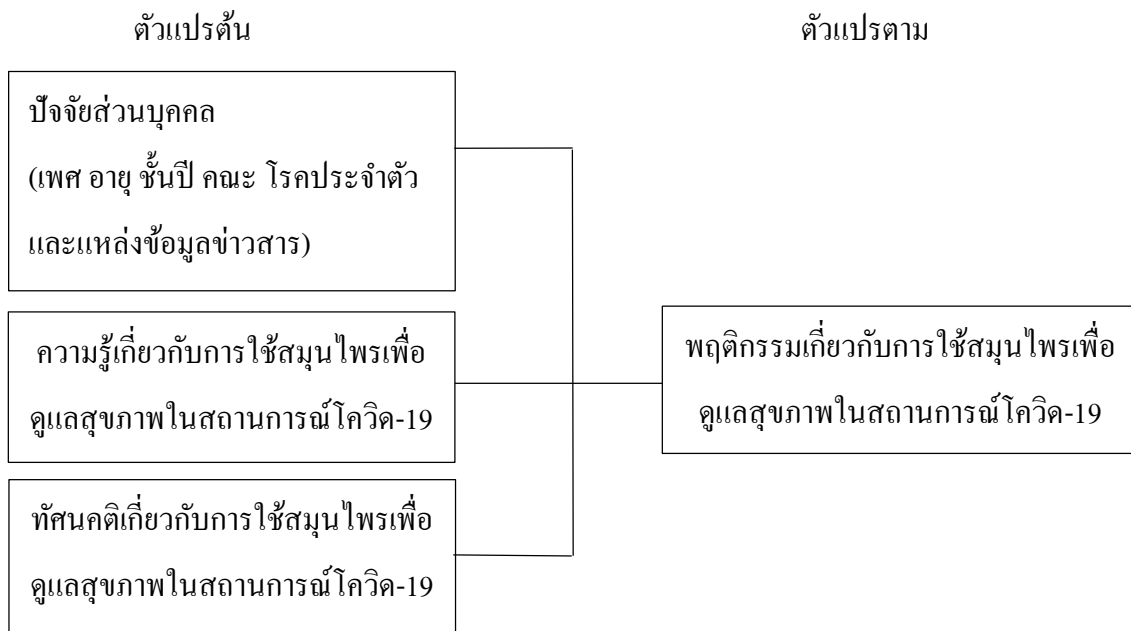


เพื่อดูแลสุขภาพในช่วงสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ในการใช้สมุนไพรไทยให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำนวน 8 คณะ ได้แก่ คณะนิติศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาการ สุขภาพและการกีฬา คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน คณะอุตสาหกรรมและการเกษตรและชีวภาพ และคณะศึกษาศาสตร์ รวมทั้งสิ้น 2,735 คน (กลุ่มภารกิจทะเบียนนิสิตและบริการศึกษา มหาวิทยาลัย



ทักษิณ, 2565) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 8 คณะ ได้แก่ คณะนิติศาสตร์ จำนวน 58 คน คณะวิทยาศาสตร์ จำนวน 79 คน คณะวิศวกรรมศาสตร์ จำนวน 18 คน คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 30 คน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา จำนวน 108 คน คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน จำนวน 44 คน คณะอุตสาหกรรมและการเกษตรและชีวภาพ จำนวน 22 คน และคณะศึกษาศาสตร์ จำนวน 26 คน รวมทั้งสิ้น 350 คน คำนวณหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane⁽⁸⁾ เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนและไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นนิสิตที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง 2) เป็นผู้ที่อายุระหว่าง 17-26 ปี 3) เป็นผู้ที่มิประสบการณ์การใช้สมุนไพร 4) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ 5) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) มีดังนี้ เป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามโครงการวิจัยไม่ครบถ้วน⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามกรอบแนวคิดการวิจัย และได้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาโดยแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี คณะที่ศึกษา โรคประจำตัวและแหล่งข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน⁽⁹⁾ คะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁰⁾ ได้แก่ ความรู้ระดับต่ำ (คะแนนรวม 0-9 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนรวม 10-15 คะแนน) และความรู้ระดับสูง (คะแนนรวม 16-20 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง รวมข้อคำถาม 10 ข้อ โดยแบ่งตามเกณฑ์ของ Best⁽¹¹⁾ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง รวมข้อคำถาม 16 ข้อ โดยแบ่งตามเกณฑ์ของ Best⁽¹¹⁾ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยคัดเลือกเฉพาะ ข้อคำถามที่มีค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) ไม่น้อยกว่า 0.50 ปรับปรุงแก้ไขคำถามบางส่วน ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำนวน 30 คน พบว่า ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19
2. สถิติไคสแควร์ (Chi – Square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 เพื่ออธิบายค่า χ^2 และ p-value
3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์การโควิด-19 เพื่ออธิบายค่า r และ p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองผ่านช่องทางออนไลน์ โดยขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงอธิบายรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล คำตอบและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและสามารถออกจากการศึกษาวิจัยได้ แม้ว่าการวิจัยยังไม่เสร็จสิ้น โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยทักษิณ รหัสโครงการ COA NO. TSU 2022_106 REC NO.0248 วันที่รับรอง 11 สิงหาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 256 คน ร้อยละ 66.49 มีช่วงอายุ 20-22 ปี จำนวน 250 คน ร้อยละ 64.94 โดยศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 2 จำนวน 104 คน ร้อยละ 27.01 คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา จำนวน 104 คน ร้อยละ 27.01 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรค



ประจำตัว จำนวน 370 คน ร้อยละ 96.10 และได้รับข่าวสารจากสื่ออินเทอร์เน็ต จำนวน 291 คน ร้อยละ 75.58 ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พบว่า ระดับความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.29 ดังตารางที่ 2 ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ “ฟ้าทะลายโจรเพิ่มภูมิคุ้มกันในการต่อสู้กับเชื้อไวรัสโควิด-19 รวมถึงลดอาการอักเสบที่ปอดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19” คิดเป็นร้อยละ 88.83 ทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.52 ดังตารางที่ 2 ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบระดับสูงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 ข้อความว่า “เมื่อท่านใช้สมุนไพรบรรเทาอาการ/รักษาโรคแล้วดีขึ้น ท่านจะแนะนำหรือบอกต่อให้ผู้อื่นใช้บ้าง” คิดเป็นร้อยละ 81.81 อันดับที่ 2 ข้อความว่า “ท่านเชื่อว่าสมุนไพรเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สังคมยอมรับในปัจจุบัน” คิดเป็นร้อยละ 76.36 อันดับที่ 3 ข้อความว่า “ท่านเชื่อว่าสมุนไพรมีความปลอดภัยต่อร่างกาย” คิดเป็นร้อยละ 75.84 ตามลำดับ และพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.11 ดังตารางที่ 2 ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบระดับต่ำมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 ข้อความว่า “ท่านใช้กระเทียมเพื่อช่วยขับเสมหะ” คิดเป็นร้อยละ 44.93 อันดับที่ 2 ข้อความว่า “ท่านดื่มน้ำกระชายเพื่อเสริมภูมิคุ้มกัน” คิดเป็นร้อยละ 44.41 อันดับที่ 3 ข้อความว่า “ท่านทดลองใช้สมุนไพรใหม่ๆ เสมอ” คิดเป็นร้อยละ 37.15 ตามลำดับ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า ขณะที่ศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 42.160$, $p\text{-value} = 0.004$) ส่วนเพศ อายุ ชั้นปี โรคประจำตัว และแหล่งข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี คณะ โรคประจำตัว และแหล่งข้อมูลข่าวสาร (n = 385)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	129	33.51
หญิง	256	66.49



ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
17-19 ปี	115	29.87
20-22 ปี	250	64.94
23 ปีขึ้นไป	20	5.19
ชั้นปี		
ชั้นปี 1	97	25.19
ชั้นปี 2	104	27.01
ชั้นปี 3	99	25.71
ชั้นปี 4	81	21.04
ชั้นปี 5 ขึ้นไป	4	1.04
คณะ		
วิทยาการสุขภาพและการกีฬา	104	27.01
วิทยาศาสตร์	83	21.56
วิศวกรรมศาสตร์	18	4.68
พยาบาลศาสตร์	30	7.79
นิติศาสตร์	58	15.06
ศึกษาศาสตร์	26	6.75
เทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชนอุตสาหกรรม	44	11.43
การเกษตรและชีวภาพ	22	5.71
โรคประจำตัว		
มี	15	3.90
ไม่มี	370	96.10
แหล่งข้อมูลข่าวสาร		
สื่อบุคคล	58	15.06
สื่ออินเทอร์เน็ต	291	75.58
โทรทัศน์	21	5.45
สื่อสิ่งพิมพ์	9	2.34
ร้านขายยา	1	0.26
วิทยุกระจายเสียง	5	1.30



**ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพใน
สถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง (n = 385)**

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ระดับดี (16-20 คะแนน)	75	19.48
ระดับปานกลาง (10-15 คะแนน)	209	54.29
ระดับต่ำ (0-9 คะแนน)	101	26.23
Max = 20 Min = 0 Mean = 11.81 SD = 4.14		
ระดับทักษะ		
ระดับต่ำ (1.00-2.33)	9	2.34
ระดับปานกลาง (2.34-3.66)	66	17.14
ระดับสูง (3.67-5.00)	310	80.52
Max = 5 Min = 1.20 Mean = 4.00 SD = 0.67		
ระดับพฤติกรรม		
ระดับต่ำ (1.00-2.33)	293	76.11
ระดับปานกลาง (2.34-3.66)	61	15.84
ระดับสูง (3.67-5.00)	31	8.05
Max = 4 Min = 0 Mean = 1.99 SD = 0.92		

**ตารางที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพใน
สถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง**

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมต่อการใช้สมุนไพร		แปลผล
	χ^2	p-value	
เพศ	2.895	0.408	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	10.145	0.339	ไม่มีความสัมพันธ์
ชั้นปี	16.520	0.169	ไม่มีความสัมพันธ์
คณะ	42.160	0.004*	มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัว	16.017	0.381	ไม่มีความสัมพันธ์
แหล่งข้อมูลข่าวสาร	19.452	0.194	ไม่มีความสัมพันธ์

* p-value < 0.05



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยมาก ($r=0.100$, $p\text{-value} = 0.044$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยมาก ($r=0.390$, $p\text{-value} = 0.000$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพ		แปลผล
	r	p-value	
ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพ	0.100	0.044*	มีความสัมพันธ์
ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพ	0.390	0.000*	มีความสัมพันธ์

* $p\text{-value} < 0.05$

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.49 มีช่วงอายุ 20-22 ปี ร้อยละ 64.94 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.10 และได้รับข่าวสารจากสื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 75.58 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ที่แตกต่างกัน ซึ่งระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.29 คะแนนเฉลี่ย 11.81 ± 4.14 ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.52 คะแนนเฉลี่ย 4.00 ± 0.67 และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.11 คะแนนเฉลี่ย 1.99 ± 0.92

จากการหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า คณะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19

จากการหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.29 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนพร



แฉวิจารณ์^(๙) และการศึกษาของภิญญ์ วิจันท์^(๑๒) ที่ศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.20 ส่วนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.52 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรสนานิ เหมตระกูลวงศ์^(๑๓) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.50 และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 76.11 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์รัตน์ จาริกสกุลชัย^(๑๔) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทยในช่วงสถานการณ์โควิด-19 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทยในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 60.90 จากการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 โดยใช้สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ผลการศึกษาดังนี้

ด้านคณะที่ศึกษา ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างคณะกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.004 อาจกล่าวได้ว่านิสิตที่ศึกษาคณะที่แตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละคณะมีการศึกษาที่แตกต่างกัน คณะที่กำลังศึกษาส่วนใหญ่เป็นคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา ซึ่งเป็นคณะเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากคณะที่ศึกษานั้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่เป็นตัวช่วยในการตัดสินใจในการเลือกใช้หรือเลือกปฏิบัติในสิ่งต่างๆ คณะที่ศึกษาช่วยให้คนตระหนักรู้และเข้าใจในเหตุผล อีกทั้งคณะที่ศึกษา ยังทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านความคิด ทักษะ และค่านิยมของแต่ละบุคคล ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีความรู้ ทักษะที่หลากหลายจึงเกิดพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ที่แตกต่างกันไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศดาพร แฉวิจารณ์^(๑๑) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พบว่า คณะมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.02 ส่วนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.044 และ 0.000 ตามลำดับ อาจกล่าวได้ว่า นิสิตที่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 แตกต่างกัน ทำให้มีค่านิยม มุมมอง



และการเลือกใช้สมุนไพรที่หลากหลายส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริญญา เมืองช้าง⁽⁴⁾ ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และตรงกับทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) สรุปได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันในหลากหลายมิติ ซึ่งเชื่อว่าหากบุคคลใดมีทัศนคติที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดี และพฤติกรรมที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติหรือความคิดที่ดีด้วยเช่นกัน หรือสรุปได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน เช่น การได้รับความรู้จะทำให้มีทัศนคติซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม ดังนั้น พฤติกรรมมีผลมาจากความรู้และทัศนคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้และความเข้าใจ⁽⁶⁾

สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรจะมีทัศนคติที่ดีในการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในทางตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความรู้และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรจะมีทัศนคติและค่านิยมที่ไม่ดีหรือเป็นลบต่อการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ให้กับนิสิตและบุคลากรรอบข้างของมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยให้มีคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลในส่วนอื่นๆ เพิ่มเติม
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเจาะลึกถึงสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคแต่ละโรคแต่ละกลุ่มอาการ รวมไปถึงรูปแบบและวิธีการใช้สมุนไพร เพื่อที่จะได้รู้ถึงรูปแบบและวิธีการใช้ที่หลากหลายและเหมาะสมในการศึกษาการวิจัยที่เหมาะสมในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ในการสนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ที่เสียสละเวลาตอบแบบสอบถามและสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ฉบับที่ 214. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://cdn.who.int/>
2. ศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โรงพยาบาลอภัยภูเบศร. คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอก 3 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. [จุลสาร]. ปราจีนบุรี: 2564.
3. นกสร ผองใส, ชวลิน อินทรทอง, ดวงทิพย์ สนธิเมือง, ภัทรศศิริ เหล่าจินวงค์, บดินทร ชาตะเวที. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ฟ้าทะลายโจรในการดูแลสุขภาพช่วงภาวะติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. Thai Bull Pharm Sci. 2022;17(1):57-69.
4. วิริยญา เมืองช้าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.
5. กองวิชาการและแผนงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. [จุลสาร]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. วิไลลักษณ์ ภูประเสริฐ. การใช้สมุนไพรของประชาชนในเมืองท่าพระบาทแขวง บอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2553.
7. ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ของคนประจำเรือไทย. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงราย. 2556; 8(2): 84-102.
8. Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publications; 1973.
9. ทศดาพร แจวจารณ, ณัฐธินิชา สนั่นก้อง, นัชมีน เจ๊ะกา, สุกาญจนา กำลึงมาก และ ยมล พิทักษ์ภาสสุทธิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. ในการประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเครือข่ายภาคใต้ ครั้งที่ 8; 21 กุมภาพันธ์ 2566; มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา; 2566. น. 362-369.



10. Bloom, Benjamin S., et al. Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
11. Best, John W., et al. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
12. ภิษณี วิจันทิก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2563, 31 (1) : 12-21.
13. โรสนานี เหมตระกูลวงศ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และจิราพัชร พลอยนิลเพชร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ในการประชุมหาญใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 11; 17 กรกฎาคม 2563; มหาวิทยาลัยหาญใหญ่ อำเภอหาญใหญ่ จังหวัดสงขลา; 2563. น. 1979-1986.
14. จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย, รัฐพล ศิลปรัศมี, พลอยณณารินทร์ ราวิณี, ณัฐฐาปวีร์ มณีวรรณะ, รสริน น้อยเจริญ และสุกานดา ใจมา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรไทยในช่วงสถานการณ์ COVID-19 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2565, 16 (2): 135-151.



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตื้ออย่างต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย

CONTINUOUS NURSING CARE OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS AT HOME : 2 CASE STUDY

Received: February 08, 2023

Revised: June 25, 2023

Accepted: July 14, 2023

เกษราภรณ์ บรรณวงศ์ป^{1*}

Kasarporn Bannawongsil^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตื้ออย่างต่อเนื่องที่บ้าน กรณีศึกษา 2 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติกำหนดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตื้อ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ระยะจำหน่ายและระยะฟื้นฟูที่บ้าน ใช้แนวทางการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยเพื่อวางแผนการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตื้อ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี อาการสำคัญ แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เป็นมา 16 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตื้อเฉียบพลัน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจำหน่ายกลับบ้านมีสามีเป็นผู้ดูแล กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี อาการสำคัญ แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรง เป็นมา 2 ชั่วโมง 30 นาที ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตื้อเฉียบพลัน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจำหน่ายกลับบ้านมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแล

คำสำคัญ : การพยาบาล, ระยะฟื้นฟู, โรคหลอดเลือดสมองตื้อ

¹ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลขอนแก่น

Registered Nurse (Nursing), Khon Kaen Hospital

*Corresponding author E-mail: Kasa0881@gmail.com



Abstract

This study was a descriptive study. The purpose of this study was to compare the nursing care of continuous ischemic stroke patients at home. Two case studies were selected by purposive sampling in ischemic stroke patients admitted to Khon Kaen Hospital. The instrument used in the study was data from patient medical records, from patients and relatives from the discharge phase and the recovery phase at home Using Gordon's 11 Health Assessment Concept To find the problem, the patient determines the diagnosis in order to plan the nursing care. Analyze data to compare risk factors for ischemic stroke and the rehabilitation of continuity of patient care.

The results of the study showed that Case 1 was a Thai female patient, aged 75 years, with significant symptoms of left limb weakness for 16 hours. She was diagnosed with Acute Ischemic Stroke. After the critical condition, she was discharged home. Case 2: A 63-year-old female Thai patient with significant symptoms of weakness on the right limb for 2 hours and 30 minutes. She was diagnosed with Acute Ischemic Stroke. After the critical condition, she was discharged home. The patient had a daughter as caretaker.

Keywords: Nursing Care, Rehabilitation, Ischemic Stroke



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก พบในทุกเพศ พบมากในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2017 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจำนวน 6.5 ล้านคน ซึ่งถือเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2⁽¹⁾ และจากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2559 พบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีหรือเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ⁽²⁾ โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกสูงขึ้นจาก 690 คน เป็น 2,460 คนต่อประชากร 100,000 คน และโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิต และอัตราการพิการที่สูงอันดับต้นๆ ของประเทศไทย การสูญเสียสุขภาพโดยผู้ที่รอดชีวิตมักหลงเหลือความพิการอยู่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและเวลาในการรักษา⁽³⁾

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติ เช่น การอุดตัน การตีบ หรือหลอดเลือดสมองแตกอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้สมองไม่ได้รับออกซิเจน และสารอาหารที่จำเป็นเพียงพอ จึงเกิดเนื้อสมองตาย ซึ่งการพยากรณ์ผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การพยากรณ์ผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน และการพยากรณ์ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู โดยพยากรณ์ของโรคขึ้นอยู่กับอาการและการถูกทำลายของเนื้อสมอง และมีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างทันที่ ซึ่งในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังมีอาการจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิต โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนความพิการ และทุพพลภาพได้ โดยผู้ป่วยบางส่วนพบพยากรณ์ของโรคที่มีต่อสมอง ทำให้ผู้ป่วยมักประสบปัญหาด้านความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรงปัญหาการกลืนลำบาก บางรายร่างกายผิดปกติด้านการรับรู้ การพูดและการสื่อสารต้องได้รับการฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่บ้าน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จึงมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ การเกิดปอดอักเสบจากสำลักอาหาร การเกิดข้อติดแข็ง และมีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง และจัดตั้งหอผู้ป่วย Stroke unit ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2553 และมีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบครบวงจร โดยทีมสหสาขาวิชาชีพป้องกันการเกิด



ภาวะแทรกซ้อนความพิการที่เพิ่มมากขึ้น และการกลับมาเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลที่อยู่เขตจังหวัดขอนแก่น จำนวน 5,595, 5,664 และ 5,217 รายต่อปี⁽⁴⁾ ตามลำดับ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ให้บริการผู้ป่วยด้านบริการปฐมภูมิ มีศูนย์แพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วย 6 ศูนย์แพทย์ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษในปี 2563-2565 ดังนี้ 497, 495, 473 รายต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต้องดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีผู้รับบริการที่หลากหลายแตกต่างกันทั้งสถานะทางครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ ความพร้อมของผู้ดูแล และอื่นๆ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีการฟื้นฟูได้ช้ากว่าวัยผู้ใหญ่ เพราะผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานจากภาวะทางด้านร่างกาย เช่นการเคลื่อนไหวลำบาก หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้จึงต้องอาศัยการพึ่งพาจากคนในครอบครัวที่ต้องมาดูแล^(5,6)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบยังคงมีความรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปและต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งความพิการดังกล่าว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนด้วยการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลเพิ่มขีดความสามารถการพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวสูงลดภาวะแทรกซ้อนลดความพิการได้ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน กรณีศึกษา 2 ราย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนากรณีศึกษา เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น และกลับไปฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 2 ราย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายวิจัยโดยเลือกใช้แบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 ราย เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษา และจำหน่ายจากโรงพยาบาลเดียวกัน 2) กลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน 3) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ตามดัชนีบาร์ธเอล เอคทีแอด (Barthel Activities of Daily Living : ADL) 4) มีผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกัน และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แพ้มสุขภาพครอบครัว แบบประเมินภาวะสุขภาพด้วยการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เช่นการรับประทานอาหารเอง การลุกเดินเอง และการเข้าห้องน้ำเอง เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม ผู้ป่วย และญาติ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนแฟ้มประวัติการดูแลผู้ป่วย แพ้มสุขภาพครอบครัว และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง และกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องระยะวางแผนจำหน่าย ใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาวิเคราะห์ และกำหนดข้อวินิจฉัย เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยช่วงระยะการฟื้นฟู และระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEXP65079 ณ วันที่ 6 มกราคม 2566 ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยที่มีหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย



ผลการวิจัย

การประเมินภาวะสุขภาพ

1. ผู้ป่วยรายที่ 1

1.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 75 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 5 ตุลาคม 2563 ได้รับการวินิจฉัยแรกกับโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง

อาการสำคัญ: แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เป็นมา 16 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: 16 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แขนขา ข้างซ้ายอ่อนแรง หลังตื่นนอนตอน 07.00 น. แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีมึนชา ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง รักษาที่ศูนย์แพทย์ใกล้บ้าน เรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน (EMS) ออกรับไปโรงพยาบาล

1.2 ข้อมูลการประเมินสภาพ

อาการแรกเริ่ม รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง นอนราบได้ แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 168/87 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 97%

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สรุปได้ดังนี้

- **ด้านการรับรู้** ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ สติปัญญาและการรับรู้ การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ ดังนี้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด หลงลืมบางครั้ง ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง รับทราบเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ADL เท่ากับ 9 วิดกกังวลเกี่ยวกับปัญหาแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กลัวเป็นภาระของสามี และลูก คิดมากบางครั้งก็นอนไม่หลับคิดถึงลูกชายคนเล็กที่เสียชีวิต

- **ด้านกิจวัตรประจำวัน** ได้แก่ กิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย อาหารและการเผาผลาญอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่ายโดยผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ บางส่วนรับประทาน อาหาร อาบน้ำ เดินขึ้นบันไดได้เอง ใช้ไม้เท้าช่วยเดินผู้ป่วย ADL 9-11 คะแนน ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากเคลื่อนไหวไม่มั่นคง ทำกิจวัตรประจำวัน ในช่วง 6 เดือนหลังเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่มีน้ำหนักตัวเพิ่มหรือลดผิดปกติ โดยชอบรับประทานอาหารรสจัดโดยเฉพาะรสเค็ม ดื่มน้ำวันละ 6 แก้ว ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะกลางวัน 3-4 ครั้ง กลางคืน 2-3 ครั้ง การนอนหลับพักผ่อนปกติ

- **ด้านความเชื่อและการปรับตัว** แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียดและด้านคุณค่า และความเชื่อโดยวิดกกังวลเล็กน้อย เนื่องจากมีอาการชาบริเวณ แขน ขาข้างซ้าย อ่อนแรงเล็กน้อย และคิดถึงลูกชายคนเล็กที่เสียชีวิต มีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว



ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1) ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (CBC) ปัญหาที่พบ มีความเข้มข้นของเลือดต่ำ (Hematocrit) 35.4% 2) การทำงานของไตผิดปกติ eGFR 87.48 ml/min/1.73 m² (ค่าปกติ ≥ 90.00) 3) การตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) ปกติ 4) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด DTX 133 mg% ระดับไขมันชนิด LDL 120 mg/dl ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบค่า LDL ไม่ควรเกิน 100 mg/dl 5) ค่า INR (international normalized ratio) 1.06 ค่าปกติ 0.9-1.1

2. ผู้ป่วยรายที่ 2

2.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 ได้รับการวินิจฉัย แกรับโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ปฏิเสธโรคประจำตัว

อาการสำคัญ: แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรง เป็นมา 2 ชั่วโมง 30 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: 2 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรง ก่อนหน้าตื่นนอนสบายดี มีอาการปากเบี้ยวด้านขวา ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ไม่มีชัก ไม่มีซึม ญาติเรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน (EMS) ออกรับไปโรงพยาบาล

2.2 ข้อมูลการประเมินสภาพ

อาการแรกเริ่ม รู้สึกร่วง ถามตอบรู้เรื่อง นอนราบได้ แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 186/104 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) 99%

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สรุปได้ดังนี้

- **ด้านการรับรู้** ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ สถิติปัญหาและการรับรู้ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด หลงลืมบางครั้ง ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรง รับทราบเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีความหวังว่าจะหายจากอาการของโรค ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ADL เท่ากับ 10 คะแนน มีวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาแขนขาข้างขวาอ่อนแรง กลัวเป็นภาระของลูกสาว

- **ด้านกิจวัตรประจำวัน** ได้แก่ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย อาหารและการเผาผลาญอาหาร การพักผ่อนนอนหลับและการขับถ่าย ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน เดินได้ในห้องส่วนตัวโดยใช้ไม้เท้า ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากเคลื่อนไหวไม่มั่นคงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยไม่มีน้ำหนักตัวเพิ่มหรือลดผิดปกติ โดยชอบรับประทานอาหารรสจืด ดื่มน้ำ 6-8 แก้ว การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง กลางคืนปัสสาวะบ่อย 3-4 ครั้ง นอนหลับได้ดี

- **ด้านความเชื่อและการปรับตัว** แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียด และด้านคุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยเป็น



หัวหน้าครอบครัวหลังจากสามีเสียชีวิตมา 15 ปี อาศัยอยู่กับลูกสาว สัมพันธภาพรักใคร่กันดี รายได้จากเบี้ยผู้ชรา และลูกสาวรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน การปรับตัวหลังเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตัวเองถึงแม้แขนขาข้างขวาจะอ่อนแรง เนื่องจากไม่อยากเป็นภาระของลูก เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้ป่วยจะซื้อยากินเอง ถ้าไม่ดีขึ้นจะไปรักษาที่ศูนย์แพทย์ใกล้บ้าน มีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน โดยไม่ใช้สมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกในการรักษาโรค

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1) ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (CBC) ปกติ 2) การทำงานของไตผิดปกติ eGFR 85.79 ml/min/1.73m² (ค่าปกติ ≥ 90.00) 3) การตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) ปกติ 4) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด DTX 81 mg% LDL123 mg/d (ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบค่า LDL ไม่ควรเกิน 100 mg/dl) 5) ค่า INR (international normalized ratio) 1.02 ค่าปกติ 0.9-1.1 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อเนื่องที่บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) ป่วยเฉียบพลันต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี รูปร่างสันทัด ค่า BMI 21.2 โรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารเค็ม ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีลูกสาวเป็นผู้ดูแล	1. แบบแผนสุขภาพ ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) ป่วยเฉียบพลันต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี รูปร่างสันทัด ค่า BMI 22.6 ปฏิเสธโรคประจำตัว ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีลูกสาวเป็นผู้ดูแล สามีเสียชีวิต 15 ปีที่แล้ว ด้านการบริโภคพบว่า ชอบอาหารรสจืด	ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง -ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นผู้สูงอายุ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุกรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ซึ่งพยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังความดันโลหิตดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบจากปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอก - การวิเคราะห์ผลตรวจ CT brain ผู้ป่วยรายที่ 1 พบการขาดเลือดบริเวณเล็กๆ ที่นิวเคลียสในปมประสาทฐานและกลุ่มเส้นใยประสาทบริเวณสมองเนื่องจาก
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เป็นมา 16 ชั่วโมง อาการแรกเริ่ม รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องนอนราบได้ แขน ขาข้างซ้าย	2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรง เป็นมา 2 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลอาการแรกเริ่ม รู้สึกตัว ถามตอบรู้	



กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
อ่อนแรง ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 168/87 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 97% วินิจฉัยแรกรับ Acute Ischemic Stroke รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล 16 ชั่วโมง (Onset to needle time) 16 ชั่วโมง 3. การรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล ยารับประทาน - Plavix(75) 1x1opc - Atorvastatin(40)1x1ohs - Folic 1x1 o pc - Losec(20) o ac - propranolol(10)1x1o pc - B12 1x3 o pc - Bco 1x3 o pc - Lorazepam(0.5) 1 tab oprn.	เรื่อง นอนราบได้แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 186/104 มิลลิเมตรปรอท ระดับเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 99% วินิจฉัยแรกรับ Acute Ischemic Stroke ปฏิเสธโรคประจำตัวรวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที 3. การรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล - 0.95%NSS 1000cc v 100 cc/hr - Nicardipine(125) vdrip 5 cc/kg c tritrate 5 ml/hr q 15 min - Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA)10% bolus in 1 min - rt-PA 90% iv drip in 60 min - Omeprazole40mgivOD ยารับประทาน - ASA (300) 1x1 opc - Atenolone (50) 1x1opc	ผู้ป่วยมารับการรักษาหลังมีอาการ 1 วัน Onset to needle time เท่ากับ 1 วัน 16 ชั่วโมง และมีผลเกล็ดเลือดต่ำ จึงไม่สามารถรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของการให้ยา⁽⁷⁾ ทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงการมีภาวะโรคร่วม ความดันโลหิตสูง ในช่วงแรกสามต้องดูแลลูกชายที่ป่วยทำให้มีปัญหาด้านการดูแล และต่อมาลูกชายคนเล็กเสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด อาการของโรคจึงรุนแรง แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power grade3 ข้างขวาปกติ อาการอ่อนแรง ดังนั้น ต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับมาอยู่บ้าน - การวิเคราะห์ผลตรวจ CT brain ผู้ป่วยรายที่ 2 พบ สมอ่งข้างซ้ายขาดเลือด แต่ไม่มีเลือดออก No ICH Door to needle time เท่ากับ 50 นาที แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ หากผล CT Scan พบมีหลอดเลือดอุดตัน แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic agent) ได้แก่ rt-PA ในกรณีศึกษารายที่ 2 สามารถให้ยาชนิดนี้ได้เพราะมารับการรักษาในช่วงเวลาที่กำหนดและผลการตรวจPT, INR ปกติ หลังได้รับยาไม่มีอาการ Abnormal Bleeding และ ผลลัพธ์การรักษาจึงมีแนวโน้มที่ดี อาการแขนขาอ่อนแรงดีขึ้นกว่ารายที่ 1 ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่สามารถ



กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	Bco 1x3 o pc	ให้ยาชนิดนี้ได้เนื่องจากได้รับการรักษาล่าช้าเกินกว่า 4.5 ชั่วโมงเป็นข้อจำกัดให้ยา
4. การพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะ 4.1 ระยะจำหน่าย 1) ส่งเสริมให้ความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่บ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D การพยาบาล⁽⁸⁾ ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้านกับทีมสหวิชาชีพ 2) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรงเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และการดูแลระยะฟื้นฟู 3) ผู้ป่วย/ญาติพร้อมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตการพยาบาล ได้แก่ ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยการรักษาของแพทย์ การกินยา อาการผิดปกติ และติดตามความดันโลหิต เมื่อเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์	4.1 ระยะจำหน่าย 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ในระยะแรกซึ่งเป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยา rt-PA เช่น อาการปวดศีรษะมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจมีแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น จึงต้องได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการ 2) ส่งเสริมความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่บ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลสุขภาพ ประเมินอาการผิดปกติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 3) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรงเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจอาการของโรค	ระยะจำหน่ายเน้นเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่นเดียวกันจากการประเมิน ADL กรณีศึกษารายที่ 1 ADL เท่ากับ 10 คะแนน ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรชายและสามีซึ่งเป็นผู้สูงอายุ กรณีศึกษารายที่ 2 ADL เท่ากับ 11 คะแนน ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาว ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน จากความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนบริบทที่แตกต่างกัน ได้แก่ เน้นให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพในระยะฟื้นฟูรวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล - ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนเปื่อยแบ่งเป็นฟื้นฟู ระยะแรก (Early recovery) เป็นระยะที่มีการ



กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
4.2 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน 1) ความสามารถดูแลตนเอง บกพร่อง เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรง/วิตกกังวล ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลระยะฟื้นฟู การพยาบาลได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ แนะนำญาติให้ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลทำ Passive exercise แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติการ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การสังเกตอาการผิดปกติ เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669	4.2 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน 1) ความสามารถดูแลตนเอง บกพร่อง เนื่องจากแขนขาด้านขวา อ่อนแรง วิตกกังวล ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลระยะฟื้นฟู การพยาบาลได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ สอนและแนะนำญาติให้ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลทำ Passive exercise แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การให้กำลังใจผู้ป่วยการสังเกต อาการผิดปกติเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669	ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรก ระยะฟื้นฟูหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การพูด ระยะนี้อาจนาน 4-6 เดือนหรือ 1 ปี กรณีศึกษา 2 ราย รู้สึกตัวดีมีอ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่ง การดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพการท่ายาภาพบำบัด การเฝ้าระวังการพลัดตกเตียง ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง การกลับเป็นซ้ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ แนะนำ สอน และฝึกผู้ป่วยญาติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามแพทย์นัด และสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง
5. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบในกรณีศึกษา รายที่ 1 มีผลต่อผลลัพธ์การรักษาได้แก่ 1) อายุ ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ 75 ปี ค่า LDL 120 mg/dl ถือว่าสูงในผู้ป่วย	5. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบกรณีศึกษา รายที่ 2 ได้แก่ 1) อายุ ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ 63 ปี ค่า LDL 123 mg/dl ถือว่าสูงในผู้ป่วย หลอดเลือดสมองตีบ ค่า	การถอดบทเรียนองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อเนื่อง 1. สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยยาที่ใช้ อาหารและวิธีปฏิบัติต่างๆ มีเครือข่ายช่วยเหลือ 2. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องต้องมีความรู้หลายด้าน การดูแลแบบ



กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
หลอดเลือดสมองตีบ ค่า LDL ไม่ควรเกิน 100 mg/dl 2) ภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 3) พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม 4) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการดูแลระยะฟื้นฟู	LDL ไม่ควรเกิน 100 mg/dl 2) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการประเมินอาการผิดปกติ	องค์กรวมจึงเป็นหัวใจหลักของการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ 3. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัวมีความสำคัญมากช่วยแก้ไขปัญหาร่วมกัน 4. ปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อเนื่องคือ การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การควบคุมการกำเริบของโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษา พบว่า กรณีรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง มาด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเป็นมา 16 ชั่วโมง ไม่ได้ยาลดไขมันเลือด ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ประเมินความพร้อมของญาติ ได้ทำการสอนแนะนำผู้ป่วย และผู้ดูแล (Caregiver) ให้สามารถดูแลผู้ป่วยในการให้อาหารทางสายยาง การทำอาหารเหลว ฝึกทักษะการทำแผลเจาะคอ การดูดเสมหะ การเปลี่ยนสายเจาะคอ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ หลังจำหน่ายผู้ป่วยสามารถ OFF tracheostomy และ NG tube สายสวนปัสสาวะได้ภายใน 40 วัน การพยาบาลระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีพยาธิสภาพจากการที่สมองถูกทำลาย จึงทำให้ยังมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การพยาบาลจึงต้องเน้นเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และป้องกันแผลกดทับ การแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 2 เดือน คะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel Index เป็น 12 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นภายใน 5 เดือน จนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง โดยไม่จำเป็นต้องเป็นตัวช่วยพยุง

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรงเป็นมา 2 ชั่วโมง 30 นาที เข้าระบบ Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนการจำหน่ายพยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และญาติ ให้สามารถดูแลผู้ป่วย เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย



และญาติผู้ดูแล เพื่อมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การทำความสะอาดร่างกาย การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพยาบาลระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA จึงทำให้มีอาการทุเลาอาการแขน ขา ข้างขวาอ่อนแรงเล็กน้อย การพยาบาลจึงต้องเน้นเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และแนะนำการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติแก่ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย และประสานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ พบว่า ภายใน 1 เดือน ผู้ป่วยมีคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel Index เพิ่มขึ้นเป็น 14 คะแนน ภายใน 4 เดือน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง โดยใช้อุปกรณ์การพยุงเดิน 4 ขา (Walker)

อภิปรายผลการวิจัย

กรณีผู้ป่วย 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิต ต้องเร่งด่วนในการรักษา เพื่อให้ทันเวลาในระบบ Stroke Fast Track ส่วนใหญ่จะต้องทำให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะในช่วงเวลา 270 นาที หรือภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการต้องการประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวม พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องสามารถประเมินอาการ และอาการแสดงของโรครวมไปถึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามเกณฑ์การให้ยาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ⁽⁹⁾ คือ ยา rt-PA ซึ่งจะช่วยให้ละลายลิ่มเลือดที่อุดตันทำให้เลือดไหลกลับไปยังสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงได้เร็วที่สุด^(10,11) ส่งผลให้ผู้ป่วยรายที่ 2 ดีขึ้น และปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนพบได้บ่อย เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้การดูแลป้องกันตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อน⁽¹²⁾ การดูแลต่อเนื่องในชุมชนพยาบาลที่ดูแลต้องให้ความสำคัญในการประเมินสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของอรรถ พงษ์แก้ว⁽¹³⁾ สุภาภักดิ์ จริภักดิ์⁽¹⁴⁾ การศึกษาดังกล่าว เน้นให้เห็นความสำคัญการดูแลต่อเนื่อง หลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะพักรักษาสุขภาพอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถประเมินปัญหาโดยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยข้อมูลที่ได้นี้สามารถนำไปวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตรงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁵⁾ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านจะทำหน้าที่ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁽¹⁶⁾ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การส่งเสริมความสามารถในการดูแล



ตนเอง เพื่อเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย และญาติ เครือข่าย ผู้ดูแล ให้มีกำลังใจที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และได้รับการดูแลอย่างครบวงจรสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ เพื่อลดการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล (re-admission) ซึ่งจะเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่าย⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรายใหม่ ควรมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพในระยะ 2 เดือนแรก เพื่อสนับสนุนการปรับตัวในการดูแลตนเองก่อนส่งต่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ
2. การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลหลักคนใหม่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ต้องเตรียมผู้ดูแลหลักให้มีความพร้อมทั้งทัศนคติ ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงยิ่งจากนายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น นายแพทย์นันทิกร สอนชา หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานศึกษาเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษาลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Annual reports 2019. [Internet]. 2019 [cited 14 Nov 2020]; Available from: <http://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports>.
2. ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. คู่มือระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หจก คลังนานาวิทยา; 2562.
3. มรดก หมอกไชย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน: รายกรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563; 5(3): 60-67.
4. โรงพยาบาลขอนแก่น. 2564. รายงานประจำปี 2564. กลุ่มงานสารสนเทศ: ขอนแก่น; 2565.
5. Fillit HM, Rockwood K, Wood house K. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and Gerontology.Elsevier: Saunders; 2010.
6. Siritipakorn P, Puwarawuttipanit W, Pinyopasakul W,Muangpaisan W. The relationships among caregiver burden, learn resourcefulness and health status in family caregivers of dementia patients. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 2012; 13(2): 25-35.



7. มินตรา ธรรมกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน : วิทยานิพนธ์ศึกษา. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564; 1(2): 64-76.
8. แผนการนิเทศการพยาบาล งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) และการดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nurse.kku.ac.th/index.php>.
9. Roppaire, J. Nursing care of patient acute ischemic stroke: Case study 2 case. Mahasarakham Hospital Journal. 2015; 12(2): 9-16.
10. Troke STS, Roup STG. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med. 1995; 333(158): 1-7.
11. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Eng J Med.
12. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่1: กรุงเทพฯ.; 2559.
13. อรทัย พงษ์แก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน : วิทยานิพนธ์ศึกษา. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สคร.8. 2560; 11(1): 61-71.
14. สุภาวศ์ จริภักดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน: วิทยานิพนธ์ศึกษา วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2557; 28(3):807-817.
15. Gordon, Moo. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw- Hill. 1994.
16. Orem, D. E. (2001). Nursing Concepts of Practice. The United States of America: Mosby, Inc.
17. Naylor, M. D. Transitional care model. Retrieved. [Internet]. 2004 [Cited 11 November 2012]; Available from: <http://ftp.ipro.org/index/cmsfilesystemaction>.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

THE EFFECTS OF A BEHAVIOR PROMOTION PROGRAM FOR CAREGIVERS OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY AT ROI ET HOSPITAL

Received: April 02, 2023

Revised: June 25, 2023

Accepted: July 26, 2023

อัคราภรณ์ ม่วงมูลตรี^{1*}, กุมาลิพร ตรีสอน²

Acharaporn Moungmultri^{1*}, Kumaleeporn Treesorn²

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นโรคที่คุกคามต่อสุขภาพสตรี การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์มาก ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม และเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ทำการทดลองและเก็บรวบรวมในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคะแนนพฤติกรรมผู้ดูแลหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t = -5.81, p < 0.0001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในทุกๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การส่งเสริมพฤติกรรม, การดูแลผู้ป่วย, มะเร็งเต้านม, ยาเคมีบำบัด, ผู้ดูแล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Professional Nurse, Roi Et Hospital

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

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



Abstract

Breast cancer is a major public health problem and a threat to women's health. Treatment with chemotherapy causes highly unpleasant symptoms. Caregivers play an important role in managing adverse reactions to chemotherapy to enhance the patient's quality of life. Objective: To compare the caring behaviors of caregivers of breast cancer patients receiving chemotherapy before and after receiving the program and to compare caregiver behaviors of breast cancer patients receiving chemotherapy before and after receiving the caregiver program, between the control group and the experimental group. Method of study: quasi-experimental research was conducted and collected in the chemotherapy unit of Roi Et Hospital, 40 people; control group and experimental group, 20 people each.

The results of the study and consideration for the care of patients receiving chemotherapy by the control and pre-experimental caregivers were not statistically different for the post-experimental care training scores. Statistically significant control group examiners at.05 ($t = -5.81, p < 0.0001$)

Research recommends encouraging caregivers to participate in helping breast cancer patients receiving chemotherapy in all aspects to elevate appropriate care behaviors and for better quality of life of the patients.

Keywords: Behaviors promotion, Patient care, Breast cancer, Chemotherapy, caregivers



บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้นๆ ของทุกประเทศทั่วโลก โดยพบเป็นอันดับ 1 ในมะเร็งเพศหญิง⁽¹⁾ มีอุบัติการณ์ จากสถิติทั่วโลก พบว่า หนึ่งในสิบคนของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เป็นโรคมะเร็งเต้านม⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ 20-30 ใน 100,000 คน ในทุก 2 ชั่วโมง จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ถึง 3 ราย และมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับที่ 1 เช่นกัน⁽³⁾ อัตราการเสียชีวิตของมะเร็งเต้านม พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น⁽⁴⁾ กลุ่มอายุที่พบโรคมะเร็งเต้านมมาก คือ ช่วงอายุ 45-55 ปี⁽⁵⁾ จากรายงานสถานการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2020^(6,7) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ต้องการ การดูแลจากญาติผู้ดูแลเป็นจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 19.2 ล้านคน โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ใน พ.ศ. 2561-2564 มีจำนวน 6,140, 6,674, 7,086, 7,581 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัด จำนวน 2,848, 2,982, 3,364, 3,650 ราย และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 1,715, 1,822, 2,145, 2,246 รายตามลำดับ มากเป็นอันดับ 1 ของ 5 อันดับโรคที่มารับบริการในหน่วยเคมีบำบัด⁽⁸⁾

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ มากมาย จนอาจทำให้เกิดอาการทุกข์ทรมานตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิด ปริมาณ วิธีการให้ยา และปัจจัยของตัวผู้ป่วยแต่ละคน^(9,10) อาการไม่พึงประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาของแพทย์ บางรายต้องลดขนาดยาเคมีบำบัด หรือเลื่อนระยะเวลาของการให้ยาออกไป ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา อัตราการรอดชีวิต และต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น^(9,10) การได้รับความรู้หรือคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงได้ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทอย่างมาก ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

พฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นการปฏิบัติ เพื่อให้ความช่วยเหลือ ตามความต้องการของผู้ป่วย ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ เรื่องการรับประทานอาหารและยา การดูแลสิ่งแวดล้อม การจัดการอาการต่าง ๆ และการสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้ดูแลต้องทำการตอบสนองความต้องการ หรือช่วยในการจัดการ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมของบุคคล⁽¹¹⁾ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญของผู้ดูแลที่จะช่วยเหลือในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด หากผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยมะเร็งสามารถช่วยเหลือในการจัดการอาการ



ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราผู้ป่วยกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน^(12,13) และผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง⁽¹⁴⁾

หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ให้ยาเคมีบำบัดแบบไปกลับ ไม่ได้รับดูแลต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และการที่ผู้ป่วยไม่ได้นอนโรงพยาบาลทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสสังเกตการดูแล และเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจากบุคลากร แม้ว่าหน่วยเคมีบำบัดมีการให้คำแนะนำเป็นกลุ่มในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งให้คู่มือแบบภาพรวมเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด แต่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร เชื้อราช่องปากอักเสบ ผลเลือดไม่ผ่านจากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้ดูแลให้การดูแลและตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยไม่เหมาะสมทำให้ต้องเลื่อนนัดจากข้อมูลดังกล่าว ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น⁽¹⁵⁾ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไป มีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ทำการทดลองและเก็บรวบรวมในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้ คือ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป 2) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น บุตร บิดา มารดา หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย เช่น ภรรยาหรือสามี



เป็นผู้ดูแลหลักตลอดจนเป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยไม่รับค่าตอบแทน และ 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ประกอบด้วย ในระหว่างการเข้าโปรแกรมผู้ป่วยในความดูแลของผู้ดูแลต้องยุติการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อผู้ดูแลได้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแล จำนวน 40 ราย โดยกำหนดให้ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และ 20 คนถัดมา เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างใน Intervention ที่ได้รับที่แตกต่างกัน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัยนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁶⁾ ค่าความแปรปรวนร่วมมาจากการศึกษาของ อรุณรัตน์ กาณจนะ⁽¹⁷⁾ เท่ากับ 0.08 นำค่าความแปรปรวนมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร

$$n/\text{group} = \frac{2 (z\alpha/2 + z\beta)^2 \sigma^2}{(u1 - u2)^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณในแต่ละกลุ่ม

$Z_{\alpha/2}$ คือ สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

Z_{β} คือ อำนาจการทดสอบที่กำหนด ที่ 90% เท่ากับ 1.28

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

โดยจะเป็นค่าความแปรปรวนร่วม

$(\mu1 - \mu2)$ คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 16.8 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการติดตามในงานวิจัย (dropout) ที่อาจจะทำให้ส่งผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ จึงมีการปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหายจากการติดตาม ร้อยละ 10⁽¹⁶⁾ ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน รวมเป็น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามด้วยตัวเอง ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของ ปรารธนา กันทอน (2564)⁽¹⁸⁾ แบบสอบถามพฤติกรรม ในเรื่องการมีพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน (The American Cancer Society, 2019) ได้แก่ บทบาท



การเป็นผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และบทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของทีมแพทย์ จำนวน 20 คำถาม แบบสอบถามมีคำถาม เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยมีความหมายของการให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน คือ ไม่เคยมีพฤติกรรมนี้เลยในการดูแลผู้ป่วย
- 2 คะแนน คือ มีพฤติกรรมนี้ในการดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
- 3 คะแนน คือ มีพฤติกรรมนี้ในการดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
- 4 คะแนน คือ มีพฤติกรรมนี้ในการดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอทุกครั้งที่ดูแลผู้ป่วย

การคิดคะแนนจากแบบสอบถามคิดเป็นคะแนนรวม ทำการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็น 3 ระดับ จากการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (กานดา พูนลาภทวี, 2539 อ้างถึงใน พรนภา ไชยอาสา, 2550)

ทำการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 20.00 - 40.00 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 40.01 - 60.00 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 60.01 - 80.00 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โปรแกรมประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา⁽¹⁹⁾ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์⁽²⁰⁾ โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ

วันที่ 1 ของการเก็บข้อมูล ประเมินพฤติกรรมและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโดย

1. ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในส่วนที่ผู้ดูแลต้องการเพิ่ม โดยใช้สื่อการสอน power point นำเสนอ ใช้เวลา 10 นาที

2. เปิดวิดีโอแนะนำเรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งควรดูแลอย่างถูกต้องและเข้าใจ ใช้เวลา 15 นาที

3. ผู้ช่วยวิจัยทำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ดูแล ทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ใช้เวลา 10 นาที

4. การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ดูแล) เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ใช้เวลา 10 นาที



5. ทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยา เคมีบำบัดของผู้ป่วยเฉพาะราย มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล ให้เบอร์โทรศัพท์และ LINE ID เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกลับมาปรึกษาเมื่อมีปัญหา เรื่องการดูแลผู้ป่วยได้ ใช้เวลา 5 นาที

6. พยาบาลหน่วยเคมีบำบัดดูแลด้านการสนับสนุน ทางสังคมหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาครบแล้ว พุดคุยให้กำลังใจ แสดงความมั่นใจว่า ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ จัดหาอุปกรณ์ที่ต้องการสนับสนุน และบอกให้ทราบถึงผลดีของการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 10 นาที

สัปดาห์ที่ 1 โทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ เพื่อทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเฉพาะราย ประเมิน ปัญหาการดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำ เพื่อแก้ไขปัญหการดูแลให้กับผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน 2 สัปดาห์ เพื่อทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเฉพาะราย ประเมิน ปัญหาการดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำ เพื่อแก้ไขปัญหการดูแลให้กับผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 3 เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 สัปดาห์ โดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1) แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ดูแล

2) สื่อประกอบการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3) คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กับผู้ดูแลรับทราบรวมทั้งให้ผู้ดูแลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนแล้วเสร็จก่อน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม ในการดำเนินการทดลองใช้ห้องที่เงียบมีความเป็นส่วนตัว



วันที่ 1 ของการเก็บข้อมูล ประเมินพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
การให้คำแนะนำตามปกติ

สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ให้การพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ประเมินพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มทดลอง ในการดำเนินการทดลองใช้ห้องที่เงียบมีความเป็นส่วนตัว

วันที่ 1 ของการเก็บข้อมูล ประเมินพฤติกรรมและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามรายละเอียดของโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 1 โทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อทบทวนวิธีการดูแลประเมินปัญหาการดูแลของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญห

สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อทบทวนวิธีการดูแลประเมินปัญหาการดูแลของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญห

สัปดาห์ที่ 3 ประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดกิจกรรมเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังสิ้นสุดกิจกรรมเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำแบบประเมินพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม จำนวน 10 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) โดยแสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยรวมและรายด้าน ด้วยสถิติ paired sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย



พฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE002/ 2566 วันที่ 26 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 และ ส่วนใหญ่ อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 35 ทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25 กลุ่มทดลองอาชีพส่วนใหญ่ ทำนา ร้อยละ 45 ความสัมพันธ์เป็นสามี กลุ่มควบคุมร้อยละ 35 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 45

พฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด รายด้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ด้านบทบาทการเป็นผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง อยู่ระดับปานกลาง ($x = 48.33$, $SD = 7.45$, $x = 48.33$, $SD = 6.18$) ด้านบทบาทการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ระดับปานกลาง ($x = 48.55$, $SD = 7.09$, $x = 46.55$, $SD = 7.31$) และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยรวมทุกด้าน กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง อยู่ระดับปานกลาง ($x = 48.45$, $SD = 7.06$) กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง อยู่ระดับปานกลาง ($x = 47.35$, $SD = 6.71$) ข้อมูลดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนทดลอง ($n = 40$)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย	ก่อนการทดลอง					
	กลุ่มควบคุม		ระดับ	กลุ่มทดลอง		ระดับ
	(n = 20)			(n = 20)		
	x	SD	x	SD		
บทบาทการเป็นผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย	48.33	7.45	ปานกลาง	48.33	6.18	ปานกลาง
บทบาทการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน	48.55	7.09	ปานกลาง	46.55	7.31	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยรวมทุกด้าน	48.45	7.06	ปานกลาง	47.35	6.71	ปานกลาง

พฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด รายด้านกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ด้านบทบาทการเป็นผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง อยู่ระดับปานกลาง ($x = 48.44$, $SD = 8.19$)



กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง อยู่ระดับสูง ($x = 61.00$, $SD = 6.26$) ด้านบทบาทการเป็นผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง อยู่ระดับปานกลาง ($x = 47.82$, $SD = 7.11$) กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง อยู่ระดับสูง ($x = 60.36$, $SD = 5.03$) และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยรวมทุกด้าน กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง อยู่ระดับปานกลาง ($x = 48.10$, $SD = 7.41$) กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง อยู่ระดับสูง ($x = 60.65$, $SD = 5.47$) ข้อมูลดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ ยาเคมีบำบัด หลังการทดลอง ($n = 40$)

พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย	หลังการทดลอง					
	กลุ่มควบคุม		ระดับ	กลุ่มทดลอง		ระดับ
	(n = 20)			(n = 20)		
	x	SD		x	SD	
บทบาทการเป็นผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย	48.44	8.19	ปานกลาง	61.00	6.26	สูง
บทบาทการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน	47.82	7.11	ปานกลาง	60.36	5.03	สูง
พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโดยรวมทุกด้าน	48.10	7.41	ปานกลาง	60.65	5.47	สูง

พฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ($t = 0.564$, $p = 0.580$) สำหรับคะแนนพฤติกรรมการดูแลหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -5.81$, $p = 0.0001$) ข้อมูลดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	(n=20)		(n=20)				
	<i>x</i>	SD	<i>x</i>	SD			
ก่อนเข้าโปรแกรม	48.45	7.06	47.35	6.71	0.564	19	0.580
หลังเข้าโปรแกรม	48.10	7.41	60.65	5.47	-5.81	19	0.0001

*p-value < 0.05



สรุปผลการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรม พบว่า ก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมไม่แตกต่างกัน หลังจากเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามแนวคิดของเบนดรา⁽¹⁹⁾ โดย 1. กิจกรรมเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกิดการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มีการฝึกปฏิบัติการดูแลเฉพาะรายของผู้ป่วย หลังจากได้รับการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น⁽²¹⁾ 2) การสังเกตจากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่เป็นต้นแบบ ด้วยการดูวิดีโอ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้เหมือนต้นแบบ 3) การได้รับคำพูดชักจูงให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยผู้วิจัยมีการพูดชักจูงใจขณะที่ดูวิดีโอว่า พยาบาลมีความเชื่อมั่นในความตั้งใจ และใส่ใจของผู้ดูแลว่าสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้เหมือนอย่างต้นแบบที่เป็นตัวอย่าง ให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง 4) การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการลดความเครียดของผู้ดูแล ให้ผ่อนคลายก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม ช่วยทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น และ 2. กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์⁽²⁰⁾ ที่แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีการสอบถามปัญหา และรับฟังความคิดของผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ 2) การประเมิณและการสะท้อนคิด โดยการให้ข้อมูลความเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลคำแนะนำให้การดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องการเพิ่มเติม พร้อมกับการให้ช่องทางการติดต่อขอคำปรึกษา และคู่มือการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากนั้น มีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อทบทวนวิธีการดูแลและเฝ้าระวังอาการหลังจากกลับบ้าน 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ เพื่อลดความเครียด 4) การช่วยเหลือจัดหา



อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริธนา มารักษา⁽²²⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด และการศึกษาของทิพรัตน์ อีววังโส⁽²³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์/พยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.651$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.544$)

2. พฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดลงเล็กน้อย เห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และคงอยู่หลังได้รับโปรแกรมถึงแม้ว่าจะเป็นระยะเวลาถึง 4 สัปดาห์ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลให้กลุ่มทดลองเพื่อนำไปทบทวนการดูแล นอกจากนั้น ยังมีช่องทางการติดต่อเพื่อปรึกษาและขอคำแนะนำการดูแลเพิ่มเติมได้เมื่ออยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของวรพรรณ เครือคล้าย⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากร้อยละ 63.40 และพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยและประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ($r = 0.276$) และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ($r = 0.207$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และควรส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในทุกๆ ด้าน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด เจ้าหน้าที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และผู้ป่วย ผู้ดูแล ที่ให้ความสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breast Cancer. [Online] [cited 2020]., Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Bray, McCarron, & Parkin. The Changing Global Patterns of Female Breast Cancer Incidence and Mortality. Breast Cancer Research 2017; 6(6): 229-239.
3. World Cancer Research Found. Global cancer statistics for the most common Cancers [Internet]. World Cancer Research Found; 2018. [cited 26 July 2020]. Retrieved from: [https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancertrends/worldwide-cancer data](https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancertrends/worldwide-cancer-data)
4. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งเต้านม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Index.php?links=v236>
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: นิเวศรรคมดาการพิมพ์ ; 2562.
6. Ferlay J., Laversanne M., Ervik M. & Lam F., Colombet M., Mery L., Pineros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2020. Retrieved from: <https://gco.iarc.fr/today>.
7. ชัญชนก ลิขิตระ. ผลของโปรแกรมอรรถลิติตต่อความผาสุกทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
8. สถิติข้อมูลผู้รับบริการหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สรุปรายงานประจำปี 2561 - 2564. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2564. (เอกสารอัดสำเนา)
9. National Cancer Institute. Cancer Treatment 2015. Retrieved from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment>.



10. Breastcancer.org. Pennsylvania (UK). Chemotherapy 2017. [Internet]. Available from: <http://www.breastcancer.org/treatment/chemotherapy>.
11. เพ็ญจิต มหาสโร, นันทวัน สุวรรณรูป และนันทิยา วัฒนา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-6 ปี. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2560; 35(2): 64-73.
12. จารุวรรณ ปิยหิรัญ, ทวีศักดิ์ กสิผล และชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร มฉก.วิชาการ 2561; 22(43- 44): 130-142.
13. พิรลักษ์ณ์ ลาภหลาย, ศุภร วงศ์ทัญญู และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความรู้ การรับรู้ ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อ บริการที่ได้รับและความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2560; 23(1): 78-98.
14. Alizadeh, S., Tabrizi, F. M., Khanahmadi, S., & Barjasteh, S. The Effect of Family Based Intervention Program on Managerial Self-Efficacy Related to Chemotherapy Symptoms in Iranian with Breast Cancer; A Randomized Control Trial. International Journal of Health Medicine and Current Research 2018; 3(01):792-798. doi:10.22301/IJHMC.R.2528-3189.792.
15. Havyer, R. D., Ryn, V. M., Wilson, P. M., & Griffin, J. M. The effect of routine training on the self-efficacy of informal caregivers of colorectal cancer patients. Supportive Care in Cancer 2017; 25(4): 1071-1077. doi:10.1007/s00520- 016-3494-6.
16. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2558.
17. อรุณรัตน์ กาญจนะ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจของมารดาต่อพฤติกรรม การดูแลบุตรโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ 2549.
18. ปรรธนา กันทอน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ ยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล. (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะ สาธารณสุขศาสตร์ 2564.



19. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control 1997. New York: W.H Freeman and company New York
20. House, J. S., Social support and social structure. Sociological Forum 1987; 2(1): 135.
21. Hendrix, C. C., Landerman, R., & Abernethy, A. P. Effects of an individualized caregiver training intervention on self-efficacy of cancer caregivers. Western journal of nursing research 2013, 35(5): 590-610. doi: 10.1177/0193945911420742.
22. สิริขญา มารักษา และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(2): 435-442.
23. ทิพรรัตน์ อีววังโส. ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลทุ่งสง. มหाराชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565; 6(1): 44-53.
24. วรพรรณ เกื้อคล้าย และ มลีนี สมภพเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2564; 22(1): 125-137.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

CORRELATION AMONG ORAL HEALTH LITERACY AND ORAL HEALTH BEHAVIOR OF DENTAL SERVICE RECIPIENTS AT HUAIPHUENG HOSPITAL, KALASIN PROVINCE

Received: May 10, 2023

Revised: June 13, 2023

Accepted: June 20, 2023

ธันวา อินทรสุคันติ*

Tunwa Intrarasuksanti*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้มารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลห้วยผึ้ง อายุ 15-60 ปีจำนวน 320 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แปรงฟันเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 72.19 ไหมขัดฟัน ร้อยละ 19.69 ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนเฉลี่ย 25.44 ± 6.73 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 30.63 องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 76.75 น้อยที่สุด คือ การรู้เท่าทันสื่อ 60.33 ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการแปรงฟัน ($p\text{-value} < 0.001$) และการใช้ไหมขัดฟัน ($p\text{-value} < 0.001$)

ดังนั้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรม เพื่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้สุขภาพช่องปาก, พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก, ผู้มารับบริการทันตกรรม, การแปรงฟัน, การใช้ไหมขัดฟัน

¹ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง

Huaiphueng Hospital

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



Abstract

A cross-sectional descriptive study aimed to determine the correlation among oral health literacy and oral health behavior of dental service recipients at Huaipheng hospital, kalasin province. The samples of 320 dental service recipients at Huaiphueng hospital was age between 15-60 years old. The Data were collected the questionnaire including of oral health behavior and oral health literacy which was collected between February-April 2023. Data were analyzed by descriptive statistics and the correlation among oral health literacy and oral health behavior were analyzed by chi-square.

The results showed that majority of the samples brushing their teeth regularly at least twice a day was 72.19%, and floosing was 19.69%. In terms of oral health literacy, the average score was 25.44 ± 6.73 , which the most of them were a very good level at 30.63%. Dicision skill of the oral health literacy was 76.75%, and Media literacy was 60.33%. Oral health literacy was correlated with toothbrushing (p-value < 0.001) and flossing (p-value < 0.001).

Therefore, public health personnel should organize activities to promote oral health literacy in order to have good oral health behavior which leads to good oral health and better quality of life.

Keywords: Oral Health Literacy, Oral Health Behavior, Dental Service Recipients, Tooth brushing, Flossing



บทนำ

“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” คือ เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 รองรับการเติบโตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุซึ่งในปี 2573 ไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ ดังนั้น การที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ต้องเกิดมาจากความตั้งใจ ความร่วมมืออย่างดีของประชาชน และหน่วยงานทุกภาคส่วนในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) นั่นคือ การเอื้อให้ทุกคนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ตัดสินใจเลือกใช้ และปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ตลอดจนช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็น ทั้งนี้ การที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายที่ยั่งยืนทั้งหมดด้วย⁽¹⁾

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก^(2,3,4) หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย การดูแลสุขภาพช่องปาก การบริโภคอาหาร และการแสวงหาบริการด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ยังมีอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งต่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของแต่ละบุคคล พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และถือว่าการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีที่สุด คือ การแปรงฟัน วิธีแปรงฟันที่กรมอนามัยแนะนำ คือ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง อย่างน้อย 2 นาที และงดอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดบริเวณซอกฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง⁽⁵⁾

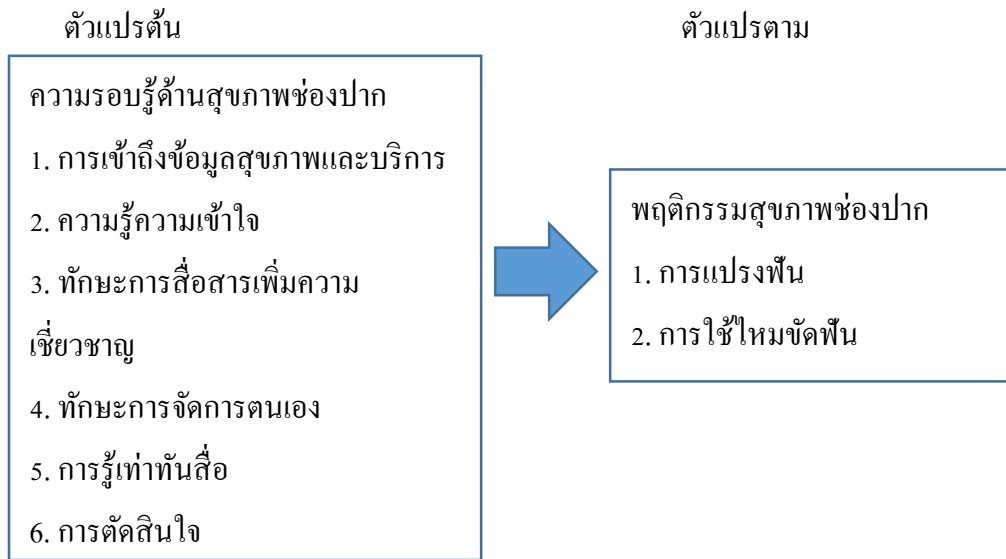
ตามโครงสร้างประชากรของอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มวัย 15-59 ปี ถือว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนมากที่สุด (62.78%)⁽⁶⁾ เป็นกลุ่มที่มารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลห้วยผึ้งมากที่สุด (42.56%)⁽⁷⁾ และไม่เคยมีการศึกษานี้ในพื้นที่มาก่อน อีกทั้งการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการทันตกรรมไม่มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก เพื่อลดปัญหาสุขภาพช่องปาก และส่งผลกระทบต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์



กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง อายุระหว่าง 15-60 ปี ในปี 2565 จำนวน 1,524 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane⁽⁸⁾ และได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ วันเดือนปีเกิด ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิการให้บริการทันตกรรม จำนวน 7 ข้อ
2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย ช่วงเวลาในการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริม จำนวน 2 ข้อ
3. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ใช้คำถามวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากจากการศึกษาของ พันธุ์ภา จิตติมณี⁽⁹⁾ จำนวน 37 ข้อ

สำหรับการแปลผลสรุปคะแนนโดยรวมขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทั้ง 6 ด้าน คะแนนรวม 37 คะแนน มีการแบ่งเกณฑ์ ตามมาตรฐานการจำแนกระดับความรู้



ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽¹⁰⁾ สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ระดับดี คะแนนร้อยละ 70-79 ระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 60-69 และระดับไม่ดีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ซึ่งเป็นการประเมินคุณสมบัติของข้อคำถามแต่ละข้อและรวมทุกข้อ โดยใช้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จำนวน 30 คน ได้ผลการทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.905

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป เวอร์ชันที่ 25

- 1) ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงที่สุด ค่าต่ำที่สุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติไคสแควร์ เพื่อทดสอบค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประเภทการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการ KLS.REC 21/2566 ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 320 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.44 อายุเฉลี่ย 35.43 ± 14.81 ปี สถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 47.80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.40 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.59 ± 1.6 คน รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 36.25 สิทธิการใช้บริการทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 65 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 320 คน)

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	85	26.56



พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	235	73.44
อายุ		
Mean±SD	35.38±14.84	
Median: (Min, Max)	35.5 (15, 60)	
สถานภาพสมรส		
โสด	148	46.30
คู่	153	47.80
หม้าย	8	2.50
หย่า, แยก	11	3.40
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	91	28.44
รับจ้างทั่วไป	26	8.12
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	52	16.25
เอกชน/โรงงาน/ลูกจ้าง	21	6.56
ธุรกิจส่วนตัว	16	5.00
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	6	1.87
ไม่มีงานทำ/ว่างงาน	38	11.87
นักเรียน/นักศึกษา	70	21.87

2. ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่คะแนนเฉลี่ย 25.44 ± 6.73 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระดับดีมาก ร้อยละ 30.63 ระดับดี ร้อยละ 24.69 ระดับพอใช้ ร้อยละ 17.50 และระดับไม่ดี ร้อยละ 27.19 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (n = 320 คน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	98	30.62
ระดับดี	79	24.69
ระดับพอใช้	56	17.50
ระดับไม่ดี	87	27.19



พิจารณารายองค์ประกอบความรู้สุขภาพช่องปาก พบว่า องค์ประกอบที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเมื่อคิดเป็นร้อยละจากคะแนนเต็ม คือ ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 76.75 รองลงมาคือ ความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 74.5 การจัดการตนเอง ร้อยละ 69.57 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 66.83 ทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ร้อยละ 60.5 การรู้เท่าทันสื่อ 60.33 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ช่องปาก	คะแนนเฉลี่ย (คะแนนเต็ม)	ร้อยละจากคะแนนเต็ม
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก	4.01±1.22 (6)	66.83
ความรู้ความเข้าใจ	7.45±2.36 (10)	74.50
ทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	2.42±1.14 (4)	60.50
การจัดการตนเอง	4.87±1.55 (7)	69.57
การรู้เท่าทันสื่อ	3.62±1.11 (6)	60.33
ทักษะการตัดสินใจ	3.07±1.31 (4)	76.75

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่แปรงฟันเป็นประจำเวลาเช้า ร้อยละ 91.56 มีการแปรงฟันเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 72.19 อุปกรณ์เสริมที่ใช้มากที่สุด คือ ไม้จิ้มฟัน ร้อยละ 42.81 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (n = 320 คน)

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
เวลาแปรงฟันเป็นประจำ		
เวลาเช้า	293	91.56
เวลากลางวัน	27	8.44
เวลาก่อนนอน	245	76.56
จำนวนครั้งในการแปรงฟันต่อวัน		
อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	234	72.19
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	89	27.81
การใช้อุปกรณ์เสริม		
ไม่ได้ใช้	70	21.88



พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ไหมขัดฟัน	63	19.69
แปรงชอกฟัน	44	13.75
ไม่จิ้มฟัน	137	42.81
น้ำยาบ้วนปาก	125	39.31

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการแปรงฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับดีมากมีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 100 ระดับดีมีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 96.2 ระดับพอใช้มีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 83.93 และระดับไม่ดีมีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 11.49 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระดับไม่ดีมีการแปรงฟันน้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 77 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการแปรงฟัน ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการแปรงฟัน

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง		การแปรงฟันน้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับดีมาก	98	100	0	0	223.920	0.000
ระดับดี	76	96.2	3	3.80		
ระดับพอใช้	47	83.93	9	16.07		
ระดับไม่ดี	10	11.49	77	88.51		

* $p < 0.001$

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการใช้ไหมขัดฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับดีมาก มีการใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 40.82 ระดับดี มีการใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 18.99 ระดับพอใช้ มีการใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 7.14 และระดับไม่ดี มีการใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 4.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับไม่ดี ไม่ใช้ไหมขัดฟันมากที่สุด ร้อยละ 95.40 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการใช้ไหมขัดฟัน ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการใช้ไหมขัดฟัน

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	การใช้ไหมขัดฟัน		ไม่ใช้ไหมขัดฟัน		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับดีมาก	40	40.82	58	59.18	45.797	0.000
ระดับดี	15	18.99	64	81.01		
ระดับพอใช้	4	7.14	52	92.86		
ระดับไม่ดี	4	4.60	83	95.40		

* p < 0.001

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการทันตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.4 อายุเฉลี่ย 35.43±14.81 ปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนเฉลี่ย 25.44±6.73 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 30.63 องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 76.75 น้อยที่สุด คือ การรู้เท่าทันสื่อ 60.33 ผลการศึกษาวฤทธิกรรม พบว่า ส่วนใหญ่แปรงฟันเป็นประจำเวลาเช้า ร้อยละ 91.56 มีการแปรงฟันเป็นประจำอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 72.19 ใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 42.81

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการแปรงฟัน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการแปรงฟัน (p < 0.001) และมีความสัมพันธ์กับการใช้ไหมขัดฟัน (p < 0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่คะแนนเฉลี่ย 25.44±6.73 คิดเป็นร้อยละ 68.76 แปลผลได้ว่า ภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 30.63 สอดคล้องกับการศึกษาของรอชีกิน สาเระ และ คณะ⁽¹¹⁾ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ภาพรวมจัดอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 76.75 องค์ประกอบที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 60.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภา คงศรี⁽¹²⁾ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก



กับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา
ทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า องค์ประกอบด้านการรู้
เท่าทันสื่อมีร้อยละของการปฏิบัติน้อยกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ อธิบายได้ว่า คนยุคใหม่เติบโต
มาพร้อมกับความสามารถในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ และเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังขาดทักษะ
ตีความ วิเคราะห์ แยกแยะเนื้อหาสาระของสื่อว่ามีความจริงเท็จประการใด ขาดความสามารถในการ
ป้องกันตนเองจากการถูกโกงใจของเนื้อหาของสื่อ ทำให้อาจมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ อาทิเช่น
เชื่อโฆษณาโดยทันทีโดยไม่ตรวจสอบ แชร่เรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพทันที ซึ่งอาจจะส่งผลเสีย
ต่อผู้รับสารต่อไป

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแปรงฟันเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
ร้อยละ 72.19 อุปกรณ์เสริมประเภทไหมจิ้มฟันมากที่สุด ร้อยละ 42.81 ไหมขัดฟัน ร้อยละ 19.69
ซึ่งไหมขัดฟันถือว่าเป็นอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมสำหรับทำความสะอาดฟันด้านประชิด แต่ไหมจิ้มฟัน
ถือว่าเป็นอุปกรณ์เสริมที่ไม่เหมาะสม เพราะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายหากมีการออกแรง
และพยายามที่จะใช้ไหมจิ้มฟันแคะเศษอาหารในซอกฟันลึก อาจพลัดทำให้ไหมจิ้มฟันทิ่มเข้าที่เหงือก
เกิดบาดแผล และอาการบาดเจ็บที่กลายมาเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากได้

ความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่า ความรอบรู้
ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการแปรงฟัน ($p\text{-value} < 0.001$) และใช้ไหมขัดฟัน
($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระดับดีมาก แปรงฟัน
อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 100 และมีการใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 40.82 สอดคล้องกับการศึกษาของ
รอชีกิน สาเร๊ะ และคณะ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับ
ปานกลางกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบาย
ได้ว่าจากคำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของคน
ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจ
ในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุ
สอดคล้องกับการศึกษาของทรงวิทย์⁽¹³⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โดยผู้ที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอจำนวนร้อยละ 67
จะมีการใช้ไหมขัดฟัน หรือน้ำยาบ้วนปากร่วมด้วย แตกต่างจากกลุ่มไม่เพียงพอซึ่งจะแปรงฟัน
เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. นำข้อมูลจากผลการศึกษาไปวางแผนการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขสำหรับผู้มารับ
บริการทันตกรรม หรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ



2. ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้กับประชาชนในกลุ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระดับไม่ดีขึ้นในพื้นที่ เพื่อลดโรค และการเจ็บป่วยทางสุขภาพช่องปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สุกศลป์ ศิริรักษา อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้ความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลคำมวง เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลห้วยผึ้ง ในการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แนวคิด หลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.), 2561.
2. เมธินี คุปพิทยานันท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมทางจิตพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อปลูกฝังและพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพ เด็กนักเรียนประถมศึกษา. (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2546.
3. Wilhelm, K. Encyclopedia of Public Health. Berlin: Springer, 2008.
4. Afshee, L. et al. Assessment of relationship between oral health behavior, oral hygiene and gingival status of dental students. Indian Journal of Dental Research 2015;26(6): 592-597.
5. กรมอนามัย. การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook_04_mini
6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรม ในผู้มีอายุ 15-59 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: Health Data Center: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
7. โรงพยาบาลห้วยผึ้ง. Service Profile กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม, 2566.
8. สูตร Taro Yamane สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://greedisgoods.com/taro-yamane>
9. พันธันภา จิตติมณี. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยบูรพา, 2562.
10. กองสุกศึกษา. รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2565.



11. รอชีกีน สาเระ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ และกัลยา ตันสกุล. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 27-39.
12. ศิริภา คงศรี, สดไธ ศรีสอาด. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. มิ.ย.2563: 133-147.
13. ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์. การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้มารับบริการทันตกรรมวัยผู้ใหญ่ในบริบทของสังคมไทย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2562.



การใช้ Monocyte Distribution Width (MDW) เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด

MONOCYTE DISTRIBUTION WIDTH (MDW) FOR INDICATED IN PATIENT SEPSIS

Received: April 20, 2023

Revised: June 27, 2023

Accepted: July 26, 2023

วรวิทย์ ไชยชะอุ่ม^{1*}

Voravith Chaichaum^{1*}

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในโรงพยาบาล การวินิจฉัย และให้การรักษารวดเร็วสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วย Biomarker ที่ใช้ในการวินิจฉัย Sepsis เช่น C-Reactive Protein (CRP) White blood cell count (WBC) และขนาดเซลล์โมโนไซต์ (Monocyte Distribution Width: MDW) ที่เพิ่มขึ้นใช้เป็นตัวชี้วัด Sepsis วัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินความสามารถ MDW ในการวินิจฉัย Sepsis โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีการตรวจ CBC MDW CRP และ Hemoculture ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน 2565 วิเคราะห์ด้วยสถิติ Diagnostic test และพื้นที่ใต้กราฟ (AUROC)

ข้อมูลผู้ป่วย 508 ราย พบ Hemoculture ผลบวก 295 ราย ผลลบ 213 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.1 และ 41.9 กลุ่ม Hemoculture ผลบวกมีค่าเฉลี่ย CRP 138.4 ± 135.9 mg/dl WBC $15,592.9 \pm 9,952.9 \times 10^3/\text{ul}$ MDW 30.7 ± 10.9 AUROC ของ MDW CRP และ WBC เท่ากับ 0.910, 0.770 และ 0.762 ตามลำดับ Cut-off MDW 21.66 มีความไว ร้อยละ 87.46 ความจำเพาะ ร้อยละ 80.28 ค่าทำนายผลบวก ร้อยละ 86.00 และค่าทำนายผลลบ ร้อยละ 82.21 พื้นที่ใต้กราฟระหว่าง MDW และ WBC พบว่า MDW มีความไวในการวินิจฉัย Sepsis มากกว่า WBC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

MDW เป็นพารามิเตอร์ที่มีประโยชน์ใช้วินิจฉัย Sepsis ได้จากการตรวจวิเคราะห์พื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ การนำค่า MDW ประเมินร่วมกับข้อมูลการประเมินผู้ป่วยทางคลินิกสามารถเพิ่มความไว และความแม่นยำในการวินิจฉัย Sepsis

คำสำคัญ: ติดเชื้อในกระแสเลือด, โมโนไซต์, ความไว, ความจำเพาะ

¹ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก, โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, กระทรวงสาธารณสุข

Medical Technology and Clinical Pathology Department, Kalasin Hospital, Ministry of Public Health

*Corresponding author E-mail: voravith_chai@yahoo.com



Abstract

Sepsis and septic shock are the leading cause of in-hospital death. Early diagnosis and treatment of patients with sepsis reduce mortality significantly. C-reactive protein (CRP), white blood cell count (WBC) and monocyte distribution width (MDW) were used as sepsis indicator. Increased MDW has been shown a reliable indicator of sepsis detection. This study aimed to evaluate MDW as a biomarker for sepsis. Cross-sectional study was performed between October 2021 and September 2022, medical records of IPD and ED were enrolled. Complete blood count (CBC), MDW, CRP and hemoculture were determined in all patients. Data was tested by using diagnostic statistics and area under the receiver operating characteristic curve (AUROC).

508 medical records were screened, hemoculture results presented positive 58.1% and negative 41.9 %. Biomarkers in hemoculture positive cases were CRP 138.4 ± 135.9 mg/dl, WBC $15,592.9 \pm 9,952.9 \times 10^3/\text{ul}$ and MDW 30.7 ± 10.9 . AUROC of MDW, CRP and WBC count were 0.910, 0.770, and 0.762 respectively. For diagnosis of the sepsis, the optimum MDW cut-off was 21.66 with sensitivity 87.46 %, specificity 80.28 %, positive predictive value 86.00 % and negative predictive value 82.21 %. The AUROC curve analysis for the prediction of sepsis between MDW and WBC count showed statistic significant precise and comparable diagnostic sensitivity of the MDW better than WBC count in sepsis cases ($p < 0.001$).

Our data suggested that MDW reflected high performance diagnostic test and useful parameter comparable to conventional markers. The combination of MDW and clinical information improves the diagnostic performance for early sepsis.

Keywords: Sepsis, Monocyte distribution width, MDW, Sensitivity, Specificity



บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis มากกว่า 30 ล้าน ประชากรโลกในทุกปี และมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากถึง 6 ล้านคน โดยพบการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกประมาณ 5,760 ล้านคน (77.70/100,000 ประชากรต่อปี) ประชากรทั่วโลกเกิดภาวะ Sepsis และมีอัตราการตายสูงถึง 1 ใน 4 ราย⁽¹⁾ Sepsis จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศไทยพบผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 45,000 รายต่อปี โดยพบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงจากชุมชน (Community-acquired Sepsis) ร้อยละ 34.79, 32.03, และ 34.65 ในปี 2559, 2560 และ 2561 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดคือ ร้อยละ 30 สำหรับปี พ.ศ.2562 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired Sepsis จำนวน 68,142 คน มีอัตราการตายร้อยละ 32.46⁽²⁾ ภาวะติดเชื้อร่วมกับการทำงานผิดปกติของอวัยวะต่างๆ หลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction) อย่างรุนแรง เป็นผลมาจากร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ⁽³⁾ ซึ่งเรียกว่ากลุ่มอาการการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome: SIRS) การเลือกใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเพื่อประเมินผู้ป่วยในการเป็นสัญญาณเตือนการติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว (Search Out Severity: SOS) ประกอบด้วย การประเมินความล้มเหลวอวัยวะด้วย qSOFA , SOFA, MEWS ซึ่งถ้าหากพบว่า SIRS มีคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 2 ข้อ ร่วมกับการพบการทำงานของอวัยวะผิดปกติ 1 อวัยวะขึ้นไป SOS Score/MEWS Score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนของ qSOFA, SOFA มากกว่าหรือเท่ากับ 2 แสดงว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือสัมพันธ์ต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ได้⁽⁴⁾

ภาวะ Sepsis เป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งไหลเวียนทั่วร่างกาย ทำให้สามารถพบความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และเมตาบอลิซึมของเซลล์ในร่างกาย และมีความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่มีความรุนแรงมากอาจเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock) นั้นได้ การดำเนินของโรคอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเข้าภาวะวิกฤตทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งส่วนมากจะเกิดจากภาวะที่การทำงานของอวัยวะหลายๆ ส่วนล้มเหลว⁽⁵⁾ อาการที่พบส่วนมากมักจะพบ ไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น⁽¹⁾ การประเมินอาการของผู้ป่วย และการรักษาของแพทย์ต้องดำเนินไปด้วยความรวดเร็ว และถูกต้องแม่นยำ จึงจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย Sepsis ประกอบด้วย จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (WBC count), differential count, C-reactive protein (CRP), Procalcitonin (PCT) และการเพาะ



เชื้อจากเลือด (Hemoculture) การตรวจวิเคราะห์คัดกรองเบื้องต้น มีการใช้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว และจำนวนสมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Absolute neutrophil count) ที่เพิ่มขึ้น มีประโยชน์ต่อการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด⁽⁶⁾ ในปัจจุบันเครื่องตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดอัตโนมัติ (Complete blood count: CBC) ที่มีหลักการ VCS360 Technology (Volume Conductivity and Light scatter) สามารถตรวจวิเคราะห์เซลล์เม็ดเลือดโดยตรงไม่ไปทำลายหรือเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์เม็ดเลือด (Near Native-State Cellular Characterization) ทำให้สามารถตรวจวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงขนาดและคุณสมบัติของเม็ดเลือดขาวโมโนไซต์ และสามารถตรวจวัดตัวอ่อนเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีกรานูโลไซต์ (Granulocyte) ได้⁽⁷⁾ ต่อมาเป็นการนำการเปลี่ยนแปลงของโมโนไซต์ โดยรายงานผลในรูปแบบของพารามิเตอร์ MDW (Monocyte Distribution Width) หรือการเปลี่ยนแปลงของโมโนไซต์ มาใช้เพื่อบ่งชี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน⁽⁸⁾

โมโนไซต์ (Monocyte) เป็นเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันการติดเชื้อ และเป็นส่วนหนึ่งของระบบภูมิคุ้มกันชนิดไม่จำเพาะของร่างกาย (Innate immune system) เซลล์ตัวอ่อนจะถูกสร้างจากไขกระดูกของร่างกาย และเติบโตเต็มวัย เมื่อเข้าสู่กระแสเลือด มีหน้าที่ป้องกันการติดเชื้อโดยการจับกินเชื้อโรค (Phagocytosis) การส่งสัญญาณบอกเม็ดเลือดขาวชนิดอื่นๆ (Antigen presenting cell) และการกระตุ้นให้เกิดการอักเสบนำไปสู่การรวมกลุ่มของเซลล์หรือสารต่างๆ ในบริเวณที่ต้องการกำจัดเชื้อโรค (Primarily proinflammatory function)⁽⁹⁾ เมื่อมีการติดเชื้อ Monocyte จะเคลื่อนตัวไปบริเวณที่มีการติดเชื้อโดยขบวนการ Chemotaxis ด้วยการแทรกตัวออกจากเส้นเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อ จากนั้นเปลี่ยนเป็น Macrophage ซึ่งจะถูกกระตุ้นด้วยสารคัดหลั่ง Interferon-gamma (INF- γ) จากเม็ดเลือดขาวชนิด T cell ให้กลายเป็น Activate macrophage และจับกินเชื้อแปลกปลอม ซึ่งมีความสามารถในการจับกินและทำลายสูงขึ้น โมโนไซต์ที่ตอบสนองการติดเชื้อจะมีโครงสร้างภายในเซลล์และขนาดของเซลล์เปลี่ยนไป (MDW) รวมถึงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการติดเชื้อ^(10, 11) จากงานวิจัยของ Crouser ED และคณะ ศึกษาการใช้ MDW และจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวในผู้ป่วยเข้าข่ายติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารักษา ณ ห้องฉุกเฉิน พบว่า มีค่า MDW สูงขึ้นและมีความไวกว่า PCT ร่วมกับ SIRS และค่า MDW มากกว่า 20 สามารถใช้ตรวจคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ต้องการวินิจฉัย Sepsis ได้⁽⁸⁾

กรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ ปัจจัยการที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคการติดเชื้อในกระแสเลือดของแพทย์ผู้ทำการรักษา การประเมินภาวะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็ว ทันต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์จำเป็นต้องมีเครื่องมือในการวินิจฉัยโรค เช่น การประเมินอาการผู้ป่วย การใช้ qSOFA score SOS score SIRS การใช้เครื่องมือการประเมิน การใช้ผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ CRP PCT Lactate Hemoculture เป็นต้น การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ของแพทย์นำพาสู่การรักษาโรค และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้



แต่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการบางรายการต้องใช้เวลาในการตรวจวิเคราะห์ เช่น Hemoculture ซึ่งใช้เวลาตรวจ 2-5 วัน CRP Lactate Procalcitonin ใช้เวลา 1-3 ชั่วโมง ดังนั้น การตรวจวิเคราะห์ที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว มีความไว ความจำเพาะ ความแม่นยำและมีการทำนายผลบวกหรือลบที่สูงจะช่วยให้แพทย์มีข้อมูลในการตัดสินใจวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง การใช้ผลการตรวจวิเคราะห์ CBC และค่า MDW ที่ได้จากเครื่องนับเม็ดเลือดอัตโนมัติซึ่งใช้เวลา 15-30 นาที และเป็นการตรวจพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ เป็นการเสริมกับข้อมูลการซักประวัติผู้ป่วย การวินิจฉัยด้านคลินิก และผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ จะทำให้การวินิจฉัยโรคของแพทย์ถูกต้องแม่นยำและรวดเร็วยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการทดสอบ (Diagnostic Performance) ของค่า MDW และหาค่า cut-off ที่เหมาะสมในการบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการส่งตรวจ Complete blood count (CBC) ที่มีผลตรวจ MDW และ Hemoculture ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 เกณฑ์คัดเข้า คือ มีผลการตรวจทั้ง MDW และ Hemoculture

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Wayne W. Daniel and Chad L. Cross⁽¹²⁾

$$n = \frac{NZ_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2(N-1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-p)}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ในการวิจัย

N คือ จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง hemoculture ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 1,115 ราย

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดเป็น 3.5% (0.035)

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่า Z-score for type I error กำหนด เป็น 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

P คือ ค่าความชุกของการพบการติดเชื้อในเลือด จากข้อมูลรายละเอียดตัวชี้วัด



กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 ตัวชี้วัดที่ 29 อัตราการตาย
ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired พ.ศ.
2565 พบอัตราการติดเชื้อ 35.73 กำหนดเป็น 35.73% (0.3573)

แทนค่า

$$n = \frac{1,115 \times (1.96)^2 \times 0.3573 \times (1 - 0.3573)}{(0.035)^2 \times (1,115 - 1) + (1.96)^2 \times 0.3573 \times (1 - 0.3573)}$$

$$n = 438$$

จากการคำนวณตามสูตรดังกล่าว จำนวนตัวอย่างที่ต้องใช้ในการวิจัยอย่างน้อย 438 ตัวอย่าง
โดยกำหนดค่าคลาดเคลื่อน ร้อยละ 10 ดังนั้น เก็บข้อมูลอย่างน้อย 438+10% เท่ากับ 482 ตัวอย่าง
ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมได้ทั้งหมด จำนวน 508 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลจากระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory information system:
LIS) และระบบสารสนเทศโรงพยาบาลภลสินธุ์ (Hospital information system : HIS)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย บันทึกข้อมูล อายุ เพศ หอผู้ป่วย

(2) ข้อมูลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ผลตรวจ CBC และ MDW ด้วย
เครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ (DXH900, Beckman Coulter, USA) ผลการตรวจ CRP
(DXC700AU, Beckman Coulter, USA) ผลการตรวจเพาะเชื้อในเลือด (DL-Bt240, Zhuhai DL
Biotech, China)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Statistics Package for Social Sciences (SPSS) ด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

2. วิเคราะห์ข้อมูล Receiver Operating Characteristic curve (ROC) และ Area Under the
Receiver Operating Characteristic curve (AUROC) ด้วยโปรแกรม Statistics Package for Social
Sciences (SPSS) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และค่า $p < 0.05$ เพื่อหาจุดตัดของความไวจาก
ROC ที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. วิเคราะห์และประเมินข้อมูลด้าน Diagnostic test ร้อยละความถูกต้อง (Accuracy) ความไว
(Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าทำนายผลลบ (Negative predictive value: NPV) ค่าทำนาย
ผลบวก (Positive predictive value: PPV) Positive LR Negative LR ด้วยโปรแกรม MedCalc online



(https://www.medcalc.org/calc/diagnostic_test.php) ร่วมกับการใช้โปรแกรม Microsoft Excel สูตรคำนวณดังนี้

Reference method x Index method		Reference method	
		Positive	Negative
Index method	Positive	TP	FP
	Negative	FN	TN
%Accuracy =		((TP+TN) / (TP+FP+TN+FN)) x 100	
%Sensitivity =		(TP / (TP+FN)) x 100	
%Specificity =		(TN / (TN+FP)) x 100	
Positive Predictive Value (PPV) =		(TP / (TP+FP)) x 100	
Negative Predictive Value (NPV) =		(TN / (TN+FN)) x 100	

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ 003-2023 วันที่รับรอง 27 มีนาคม 2566 ถึง 26 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ติดเชื้อในกระแสเลือดที่ส่งตรวจ Hemoculture ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวนทั้งหมด 508 ราย เป็นเพศหญิง 237 คน เพศชาย 271 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 53.3 ตามลำดับ พบอายุเฉลี่ย 60 ปี อายุน้อยที่สุด 1 เดือน ถึงสูงสุดอายุ 101 ปี ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 118 (23.2%) ราย แยกตามกลุ่มหอผู้ป่วยพบกลุ่มหอผู้ป่วยหนัก (ICU) 85 (16.7%) ราย กลุ่มผู้ป่วยใน (IPD) 253 ราย (49.8%) และกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 170 ราย (33.5%) ผลการตรวจวิเคราะห์ Hemoculture ให้ผลบวก 295 ราย ผลลบ 213 คิดเป็นร้อยละ 58.1 และ 41.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ในกลุ่มผู้ที่ Hemoculture ให้ผลบวกมีผลการตรวจ Biomarker อื่นมีค่าเฉลี่ย (mean $\pm$ SD) CRP 138.4 ± 135.9 mg/dl, WBC $15,592.9 \pm 9,953.0 \times 10^3/\text{ul}$, MDW 30.7 ± 10.9 ขณะที่กลุ่ม Hemoculture ให้ผลลบมีผลการตรวจ CRP 50.1 ± 82.4 mg/dl, WBC $9,331.9 \pm 4,789.6 \times 10^3/\text{ul}$, MDW 20.3 ± 4.5 (ตารางที่ 2)

จากการคำนวณค่า ROC curve เพื่อคำนวณหาค่า Cut-off MDW ที่เหมาะสมวินิจฉัย Sepsis พบว่า ค่า MDW เท่ากับ 21.66 เป็นค่าที่เหมาะสมในการใช้ประกอบการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยทำการประเมินค่าด้าน Diagnostic test พบค่าความถูกต้อง 84.45 % (81.00-87.49, 95%CI)



ความไว 87.46 % (83.13-91.01, 95%CI) ความจำเพาะ 80.28 % (74.30-85.40, 95%CI) ค่าทำนายผลบวก 86.00 % (81.55-89.72, 95%CI) และค่าทำนายผลลบ 82.21 % (76.32 -87.16, 95%CI) ซึ่งค่าแต่ละ parameter มากกว่าร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับผลการเพาะเชื้อในเลือดโดยพื้นที่ใต้กราฟ AUROC curve ระหว่าง MDW กับ WBC count และ CRP พบว่า ค่า MDW มีความไวและความจำเพาะสูงกว่า WBC count อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และ MDW มีความไว และความจำเพาะไม่แตกต่างกับ CRP (รูปที่ 1 และตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	271	53.3
	หญิง	237	46.7
อายุ (ปี)	Mean $\pm$ SD (60 $\pm$ 18) ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 101 ปี		
	≤ 10	12	2.4
	11-20	3	0.6
	21-30	21	4.1
	31-40	31	6.1
	41-50	75	14.8
	51-60	86	16.9
	61-70	108	21.3
	71-80	118	23.2
	81-90	52	10.2
	>90	2	0.4
หอผู้ป่วย	ICU	85	16.7
	IPD	253	49.8
	OPD (ER)	170	33.5



ตารางที่ 2 พารามิเตอร์ทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ติดเชื้อในกระแสเลือด

พารามิเตอร์	Hemoculture	
	Negative	Positive
Hemoculture result N (%)	213 (41.9)	295 (58.1)
CRP (mg/dl) mean $\pm$ SD	50.1 (82.4)	138.4 (135.9)
WBC ($\times 10^3$ /ul) mean $\pm$ SD	9,331.9 (4,789.6)	15,592.9 (9,952.9)
MDW mean $\pm$ SD	20.3 (4.5)	30.7 (10.9)

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพการวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดด้วย WBC count, CRP และ MDW

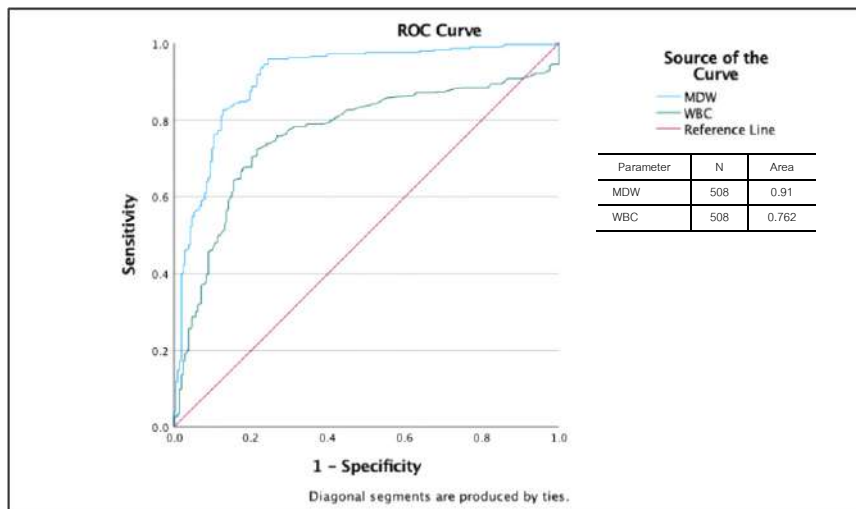
ผลการคำนวณหาค่า Diagnostic test				
Parameter	MDW		CRP	WBC count
Cut-off value	21.66 ^a	20.5 ^b	≥ 5.0 ^c	<4,000/ul or 12,000/ul ^d
Accuracy,	84.45	87.40	59.81	76.18
% (95%CI)	(81.00-87.49)	(84.20 -90.16)	(49.89 – 69.18)	(72.23 – 79.82)
Sensitivity,	87.46	95.53	97.92	72.88
% (95%CI)	(83.13-91.01)	(93.00-97.88)	(88.93 – 99.95)	(67.43 – 77.87)
Specificity,	80.28	75.59	28.81	80.75
% (95%CI)	(74.30-85.40)	(69.25-81.20)	(17.76 – 42.08)	(74.81 – 85.82)
Positive predictive	86.00	84.4	52.81	83.98
value, % (95%CI)	(81.55-89.72)	(80.15-88.18)	(41.94 – 63.43)	(78.91 – 88.26)
Negative predictive	82.21	93.06	94.44	68.25
value, % (95%CI)	(76.32 -87.16)	(88.20 – 0.16)	(72.71 – 99.86)	(62.12 – 73.95)
Positive LR,	4.44	3.93	1.38	3.79
% (95%CI)	(3.37-5.84)	(3.10 – 4.98)	(1.16 – 1.63)	(2.85 – 5.03)
Negative LR,	0.16	0.05	0.07	0.34
% (95%CI)	(0.11 – 0.21)	(0.03 – 0.09)	(0.01 – 0.52)	(0.28 – 0.41)
AUC (95%CI)	0.910 (0.883-0.938)		0.770 (0.682-0.858)	0.762 * (0.719-0.805)

หมายเหตุ a =อ้างอิงจาก ค่าพื้นที่ใต้กราฟ AUROC ที่ MDW เท่ากับ 21.66, b = อ้างอิง Crouser ED et al.⁸, c = อ้างอิง CRP Instructions For Use.¹³

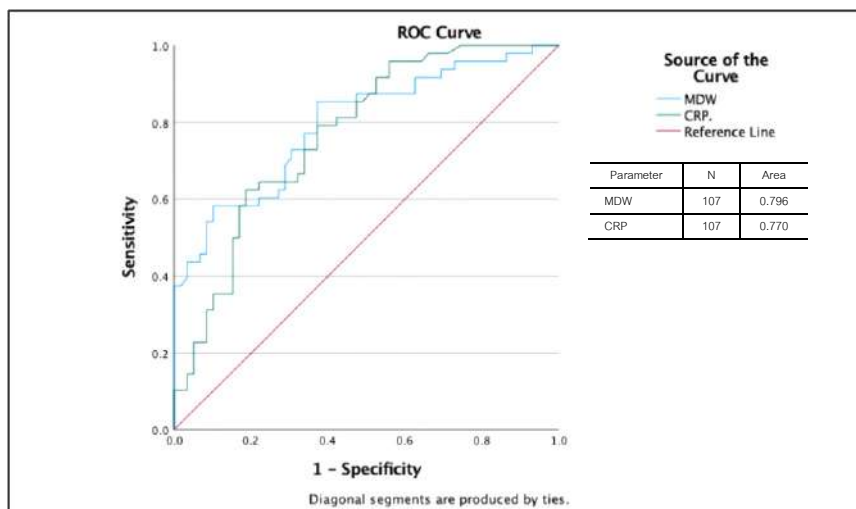
d = อ้างอิงจากเกณฑ์ SIRS, * = ผลการเปรียบเทียบทางสถิติระหว่าง MDW 21.66 และ WBC count (P-value < 0.001)



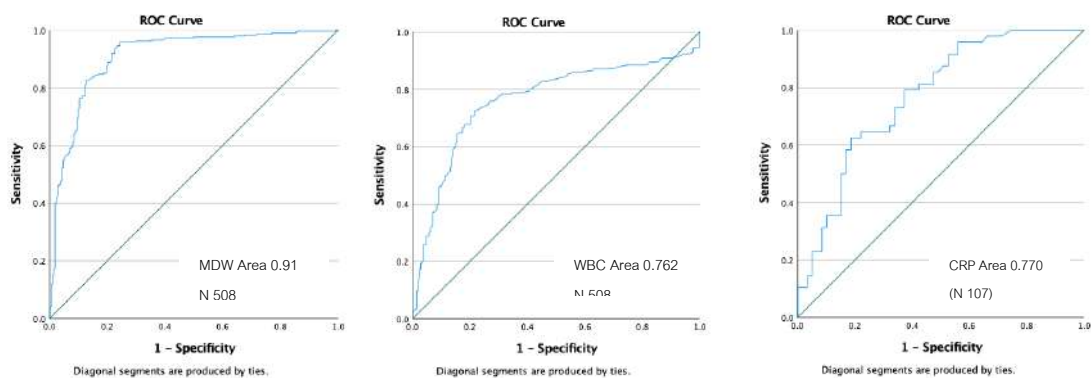
A



B



C



รูปที่ 1 แสดงพื้นที่ใต้กราฟ (AUROC) A: เปรียบเทียบระหว่าง WBC count และ MDW, B: เปรียบเทียบระหว่าง CRP และ MDW C: AUROC MDW WBC CRP



สรุปผลการวิจัย

การประเมินการใช้ค่า MDW ที่เป็นพารามิเตอร์ได้จากผลการตรวจ CBC ด้วยเครื่องนับเม็ดเลือดอัตโนมัติหลักการ VCS เปรียบเทียบค่ากับผลการตรวจวิเคราะห์ Hemoculture ในผู้ป่วยที่สงสัยมีการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวนทั้งหมด 508 ราย ในช่วง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 พบว่าค่า cut-off ของ MDW ที่แตกต่างกันจะได้ความไว ความจำเพาะ ความแม่นยำ ค่าทำนายผลบวก และค่าทำนายผลลบที่แตกต่างกัน ค่า MDW cut-off ที่ 20.5 ซึ่งเป็นค่าอ้างอิงจากชุดน้ำยาตรวจวิเคราะห์มีความไวร้อยละ 95.93 ความจำเพาะร้อยละ 75.59 ความแม่นยำร้อยละ 87.40 ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 84.48 และค่าทำนายผลลบ ร้อยละ 93.06 ซึ่งพบค่าจำเพาะต่ำกว่าร้อยละ 80 จากการเปรียบเทียบกับค่า MDW 21.66 ที่ให้ความไว ร้อยละ 87.46 ความจำเพาะ ร้อยละ 80.28 ความแม่นยำร้อยละ 84.45 ค่าทำนายผลบวก ร้อยละ 86.00 และค่าทำนายผลลบ ร้อยละ 82.21 ตามลำดับ ซึ่งค่าแต่ละ parameter มากกว่าร้อยละ 80 ดังนั้น ค่า MDW ที่ 21.66 จึงเป็นค่าที่เหมาะสมในการใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถนำมาเป็นการตรวจวิเคราะห์คัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis ได้ เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัย Sepsis กับ Biomarker อื่น เช่น WBC count และ CRP เมื่อเทียบกับผลการเพาะเชื้อในเลือดโดยวิเคราะห์พื้นที่ใต้กราฟ (AUROC curve) เปรียบเทียบระหว่าง MDW กับ WBC count และ CRP พบว่าค่า MDW มีความไวและความจำเพาะสูงกว่า WBC count อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และ MDW มีความไวและความจำเพาะไม่แตกต่างกับ CRP (รูปที่ 1 และตารางที่ 3) ดังนั้น ค่า MDW จึงมีความเหมาะสมที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ป่วย Sepsis เนื่องจากเป็นค่าที่ได้จากการตรวจ CBC ด้วยเครื่องวิเคราะห์นับเม็ดเลือดอัตโนมัติหลักการ VCS ที่เป็นการตรวจพื้นฐานในห้องปฏิบัติการ ทำให้ได้รับผลการตรวจที่แม่นยำ รวดเร็ว และต้นทุนการตรวจวิเคราะห์ราคาถูกลงกว่า CRP

อภิปรายผลการวิจัย

มีรายงานวิจัยปี พ.ศ. 2560 ศึกษาค่า MDW เพื่อเป็นตัวชี้วัดในการติดเชื้อในกระแสเลือดครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดย Crouser ED และคณะ⁽⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่า MDW สูงขึ้น และมีความไวมากกว่า PCT ร่วมกับ SIRS ซึ่งโดยปกติการสังตรวจ PCT หรือ CRP จะไม่ใช่ Routine lab ในการวินิจฉัยโรคติดเชื้อ ซึ่งต้องสั่งโดยแพทย์ที่วิเคราะห์แล้วว่า อาการเข้าได้กับการติดเชื้อ การใช้ค่า MDW Cut-off ที่ 20.5 ที่ได้จากการตรวจ CBC สามารถใช้ตรวจคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ต้องการวินิจฉัย Sepsis ได้ โดยค่า AUROC ของ MDW กับ WBC เท่ากับ 0.89 ค่า NPV เท่ากับ 98% สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexandra M และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยแผนกที่สังตรวจ MDW 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 6,597 ราย กลุ่ม infection 1,175 ราย กลุ่ม Sepsis 137 ราย และกลุ่ม Sepsis shock 43 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของ MDW เท่ากับ 18.8, 18.6, 20.4, 23.9, 24.8 ตามลำดับ ค่า cut-off ของ



MDW เท่ากับ 20.0 หรือมากกว่า เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วย Sepsis ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ ห้องฉุกเฉิน ด้วยความไว ร้อยละ 77.8 ความจำเพาะ ร้อยละ 66.8 ค่า MDW สามารถนำมาเป็นรายการตรวจวิเคราะห์ เพื่อใช้คัดแยกผู้ป่วยที่มีผลบวกปลอมจากการเพาะเชื้อจากเลือดจากการศึกษาของ Sung JJ และคณะ⁽¹⁰⁾ ใช้ค่า MDW cut-off value ที่ 21.7 วินิจฉัยภาวะ Sepsis ด้วยความไว 74% ความจำเพาะ 54% โดยค่า MDW ของผู้ป่วย Sepsis มีผล MDW สูงกว่าหรือเท่ากับ 21.7 จากการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษารั้งนี้ซึ่งได้ค่า cut-off ของ MDW เหมาะสมเท่ากับ 21.66 โดยมีความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายผลบวก และค่าทำนายผลลบ มากกว่าร้อยละ 80 มีค่า Diagnostic Performance สูงกว่ารายงานวิจัยที่ใช้ค่า MDW 20.0 หรือ 20.5 ก่อนหน้า และค่า MDW มีความไวมากกว่าค่า WBC count

การนำค่า MDW ที่ 20.0 เพื่อวินิจฉัย Sepsis ในกลุ่มอายุช่วงต่างๆ มีรายงานของ Juehui Wu และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ และผู้ป่วยเด็กเปรียบเทียบใช้ MDW กับ Biomarkers คือ WBC count CRP และ PCT เพื่อวินิจฉัย Sepsis พบว่า MDW มีค่าสูงขึ้นทั้งสองกลุ่มอายุ เช่นเดียวกันกับ Biomarkers อื่น และการใช้ MDW ร่วมกับการประเมินความผิดปกติของอวัยวะโดยใช้ Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป และใช้เกณฑ์ SIRS ที่ประกอบด้วย จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC count) อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจเร็ว และมีไข้ ร่วมกับคะแนนการประเมินความล้มเหลวของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว (qSOFA) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในแผนกฉุกเฉิน MDW จึงถูกใช้เพื่อการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็วในการตรวจหาภาวะติดเชื้อในระยะเริ่มต้น และใช้เป็นส่วนสนับสนุนประกอบการการประเมินพารามิเตอร์ของ SIRS และ qSOFA ให้มีความแม่นยำขึ้น และการใช้ค่า MDW เริ่มต้นมากกว่า 20.0 โดยไม่คำนึงถึงตัวแปร SIRS หรือ qSOFA มีความสำคัญในการเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า ค่า MDW ที่มากกว่า 20.0 สามารถวินิจฉัย Sepsis ได้รวดเร็วทันเวลา เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษารั้งนี้

MDW จึงเป็น Biomarker ที่มีความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น เพื่อทำนายภาวะ Sepsis และการอักเสบในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยวิกฤต สามารถใช้ตรวจในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากการตรวจวิเคราะห์ MDW ได้จากการตรวจ CBC ด้วยเครื่องนับเม็ดเลือดอัตโนมัติที่เป็นการตรวจพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลารอคอยผลการตรวจที่รวดเร็ว ต้นทุนค่าตรวจราคาถูก และสามารถเข้าถึงการตรวจได้ง่าย แม้ในห้องปฏิบัติการที่อยู่ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับ Biomarker อื่น เช่น CRP หรือ PCT ที่มีต้นทุนสูงกว่า และตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติทางด้านภูมิคุ้มกันวิทยาที่ไม่มีในทุกห้องปฏิบัติการ



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ค่า Cut-off MDW ที่ 21.66 เหมาะสมสำหรับใช้วินิจฉัย Sepsis ในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายผลบวก ค่าทำนายผลลบ มากกว่าร้อยละ 80 หากใช้ค่า MDW ที่ 20.5 ตามกำหนดในเอกสารกำกับน้ำยาแม้ว่ามีความไว ร้อยละ 95.59 แต่มีความจำเพาะ ร้อยละ 75.59 การเลือกใช้ค่า Cut-off MDW ขึ้นอยู่กับบริบทของการนำไปใช้งานของแพทย์ผู้รักษา และพิจารณาค่า Diagnostic Performance ไม่ควรน้อยกว่าร้อยละ 80 งานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดภาวะ Sepsis ดังนั้น การศึกษาที่นำค่า MDW ที่ได้จากการตรวจ CBC ไปใช้ประกอบกับข้อมูลทางคลินิก เช่น qSOFA SOS SIRS เพื่อให้การวินิจฉัยแม่นยำ รวดเร็ว มากขึ้นในแต่ละโรงพยาบาล ในกลุ่มโรคหรือเชื้ออื่นๆ เช่น ไวรัส เป็นต้น เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการวินิจฉัย Sepsis ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ท่านรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก ที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก ที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/sepsis#tab=tab_1. Sepsis. 2023.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566. กรุงเทพมหานคร; 2566: 119–123.
3. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). JAMA - Journal of the American Medical Association. 2016; 315(8):801–10.
4. Thompson K, Venkatesh B, Finfer S. Sepsis and septic shock: current approaches to management. Intern Med J. 2019;49(2): 160–70.
5. Makic MBF, Bridges E. Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. American Journal of Nursing. 2018;118(2): 34–9.
6. Wile MJ, Homer LD, Gaehler S, Phillips S, Millan J. Manual differential cell counts help predict bacterial infection: A multivariate analysis. Am J Clin Pathol. 2001;115(5): 644–9.



7. Beckman Coulter. Early Sepsis Indicator (ESId) Application Addendum [Internet]. 2020. Available from: www.beckmancoulter.com/techdocs.
8. Crouser ED, Parrillo JE, Seymour C, Angus DC, Bicking K, Tejidor L, et al. Improved Early Detection of Sepsis in the ED With a Novel Monocyte Distribution Width Biomarker. *Chest* [Internet]. 2017;152(3):518–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2017.05.039>
9. Mukherjee R, Kanti Barman P, Kumar Thatoi P, Tripathy R, Kumar Das B, Ravindran B. Non-Classical monocytes display inflammatory features: Validation in Sepsis and Systemic Lupus Erythematosus. *Sci Rep*. 2015; 5(July): 1–14.
10. Jo SJ, Kim SW, Choi JH, Choi SP, Lee J, Lim J. Monocyte distribution width (MDW) as a useful indicator for early screening of sepsis and discriminating false positive blood cultures. *PLoS One*. 2022; 17(12 December): 1–13.
11. Wu J, Li L, Luo J. Diagnostic and Prognostic Value of Monocyte Distribution Width in Sepsis. *J Inflamm Res*. 2022; 15(July): 4107–17.
12. Daniel WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. Vol. 44, Biometrics. 1988. 317 p.
13. Beckman Coulter. *CRP Instructions For Use*. Vol. May 2017. 2017. 1–8 p.
14. Malinowska A, Hinson JS, Badaki-Makun O, Hemried B, Smith A, Debraine A, et al. Monocyte distribution width as part of a broad pragmatic sepsis screen in the emergency department. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2022; 3(2): 1–11.



การประเมินความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน: กรณีศึกษา ชุมชนศาลเจ้าพ่อสมบุญและชุมชนริมคลอง ชอยพหลโยธิน 54

ASSESSMENT OF BASIC HEALTH NEEDS OF PEOPLE: A CASE STUDY OF THE CHAO POR SOMBOON SHRINE COMMUNITY AND THE CANAL COMMUNITY, SOI PHAHOLYOTHIN 54

Received: March 03, 2023

Revised: July 27, 2023

Accepted: August 10, 2023

จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์¹, ธนพร แยมสุดา^{1*}, มลฤดี เพ็ชรลมูล¹,
บุญศรี ษัณย์ธิตินากุล¹, กัญยรัตน์ เกียรติเมธา¹, ชุตินา จิรัญเกียรติกร¹
Jurairat Chollakornchotsup¹, Thanaporn Yaemsuda^{1*}, Monrudee Petlamul¹,
Bhooncharasm Thanthitithanakul¹, Kanyarat Kiatmetha¹, Chutima Jirathikrengkrai¹.

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในสังคม การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในชุมชนศาลเจ้าพ่อสมบุญ และชุมชนริมคลอง ชอยพหลโยธิน 54 เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร จำนวน 170 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความต้องการจำเป็นพื้นฐานด้านสุขภาพ ของสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: ประชาชนร้อยละ 96.79 มีอาหารและน้ำเพียงพอแก่การบริโภคตามความต้องการ ร้อยละ 95.72 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และร้อยละ 50.21 ได้รับสื่อที่ส่งเสริมการบริโภคที่เกินความต้องการ สื่อเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรง ทั้งนี้ สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีการแสดงความรัก เอาใจใส่ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.55$, S.D.0.74) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ได้รับ/เข้าถึงสื่อที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.72$, S.D.1.13) แต่ยังอยู่ในระดับมาก ลำดับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ ต้องการมีสื่อที่เหมาะสม การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น จึงควรคัดเลือกข้อมูลทางสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การประเมิน, ความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ, ประชาชนในชุมชน

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

Faculty of Nursing, North Bangkok University

*Corresponding author E-mail: anaht109@gmail.com



Abstract

Economic, social, technological and environmental changes affecting the health status of people in society This descriptive research aimed to study the basic health needs of the people living in the Chao Por Somboon Shrine Community and the canal community, Soi Phaholyothin 54, Sai Mai District, Bangkok, totaling 170 people. Data were collected using a modified questionnaire from the basic health needs questionnaire of the Health Information System Development Office. The Cronbach's alpha coefficient for the entire questionnaire was 0.70. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that 96.79 percent of the people had enough food and water to meet their needs, 95.72 percent were able to help themselves in doing their daily activities as usual, and 50.21 percent received media promoting excess consumption and media about violence. However, family members had good relationships and showing love and caring at the highest mean score ($\bar{X} = 4.55$, S.D.0.74), which is the highest level. but accessed media that provided advice on health promotion had the lowest mean score ($\bar{X} = 3.72$, S.D.1.13), but still at a high level. The top 3 most basic health needs were the need for appropriate media, a healthy body and an appropriate health behaviors. Therefore, necessary and appropriate health information should be selected, including continually organizing health promotion activities for the people in the community.

Keywords: Assessment, Basic Health Needs, People in the Community



บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของคนในสังคม⁽¹⁾ ซึ่งความเป็นอยู่ของคนไทยในสังคมปัจจุบันมีปัญหาเกิดขึ้นหลายด้าน เช่น หนี้สินครัวเรือนมีการขยายตัวเพิ่มสูงขึ้น พบสื่อสังคมที่มีการล่อลวง การแสวงหาประโยชน์จากผู้บริโภค ตลอดจนมีปัญหาทางด้านสุขภาพ⁽²⁾ และสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽³⁾ เกี่ยวกับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อครัวเรือนในประเทศไทย พ.ศ. 2565 ที่พบว่า ครัวเรือนได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยลง และเกิดความขัดแย้ง ซึ่งปัญหาและลักษณะสังคมดังกล่าว มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

การดำรงชีวิตของบุคคลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือการที่บุคคลเข้าใจ รับรู้ อยู่กับบริบทวัฒนธรรม และค่านิยม โดยเป็นไปตามเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁴⁾ ซึ่งผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมมีความสมบูรณ์แข็งแรงทางร่างกาย ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เป็นทั้งผู้ให้และผู้ได้รับความช่วยเหลือจากสังคมอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัยมั่นคงในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ดี⁽⁵⁾ โดยผู้ที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องได้รับการตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐาน ทางด้านสุขภาพ โดยมีสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานต่อการดำรงชีพที่พอเพียงตามทฤษฎีความต้องการจำเป็นพื้นฐาน 5 ขั้นของมนุษย์ของมาสโลว์⁽⁶⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่าบุคคลมีแรงจูงใจที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานก่อนที่จะพยายามไปสู่ความต้องการขั้นที่สูงขึ้น ความต้องการขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความต้องการอยู่รอด การได้รับอาหารและน้ำ การมีสุขภาพที่ดี ความต้องการความปลอดภัย ความมั่นคงในความเป็นอยู่ ความต้องการมิตรภาพ ความรัก การอยู่ร่วมในสังคมชุมชน และความต้องการขั้นกว่าหรือขั้นที่สูงขึ้น คือ ความต้องการความเคารพยกย่องจากคนรอบข้าง และความต้องการสูงสุดของมนุษย์คือ ความต้องการความสมบูรณ์ของชีวิต การได้พัฒนาตนเองตามศักยภาพได้อย่างอิสระ^(7,8) เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการก็จะทำให้บุคคลสามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพตามศักยภาพ

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 มีเป้าหมายให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาประเทศ คือ การมีประชากรทุกช่วงวัยมีคุณภาพชีวิต มีสุขภาวะที่ดี มีความรับผิดชอบต่อสังคม มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาตนเอง เข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพ^(3,9) แต่สถานการณ์สุขภาพในรอบ 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2563 มีการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพที่มีความสำคัญและส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวมของประชากรในประเทศ โดยรูปแบบของปัญหาสุขภาพนั้นมีความแตกต่างกันทั้งในด้านประชากร พื้นที่ ช่วงเวลา จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น สังคมผู้สูงอายุ และรูปแบบวิถีชีวิตที่



เปลี่ยนแปลงไป จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพสังคมไทย พบว่า คนเมืองส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในโครงการเพื่อการตรวจคัดกรองสุขภาพ⁽¹⁰⁾ ประกอบกับยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่และบริบทชุมชนเมือง คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการที่จะนำไปสู่กระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางสุขภาพของประชาชนในชุมชนศาลเจ้าสมบุญ และชุมชนริมคลอง ซอยพหลโยธิน 54 เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

นิยามศัพท์ในการวิจัย

ความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ (Basic health needs) หมายถึง ปัจจัยขั้นต่ำหรืออย่างน้อยที่สุดที่บุคคลควรมีหรือได้รับ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพเหมาะสม ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย 10 ประเด็นหลัก คือ 1) การมีสุขภาพแข็งแรง 2) การมีสุขภาพจิตดี และมีความพึงพอใจในชีวิต 3) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 4) การมีความยึดมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา 5) การมีโอกาสดูแลรักษาหรือเรียนรู้ 6) การมีปัจจัยในการดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง 7) การมีครอบครัวอบอุ่น 8) การมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 9) การมีสื่อที่เหมาะสม และ 10) การมีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15-30 ธันวาคม 2565 พื้นที่ดำเนินการ คือ ชุมชนศาลเจ้าพ่อสมบุญ และชุมชนริมคลอง ซอยพหลโยธิน 54 เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยในเขตชุมชนศาลเจ้าพ่อสมบุญ จำนวน 289 คน⁽¹¹⁾ และชุมชนริมคลอง ซอยพหลโยธิน 54 จำนวน 271 คน⁽¹²⁾ รวม 560 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 ของขนาดประชากรที่สำรวจได้^(13,14) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นบุคคลอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และมีความพร้อม



ในการให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก คือ มีประวัติความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และเป็นผู้เยาว์ หรือผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 12-18 ปี ที่ไม่มีผู้ปกครองอยู่ด้วย ได้กลุ่มตัวอย่าง 170 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามความต้องการจำเป็นพื้นฐานด้านสุขภาพ ที่พัฒนาโดยสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ได้ถูกนำมาใช้ในการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน⁽¹⁵⁾ ทีมผู้วิจัยได้มีการปรับข้อคำถาม เพื่อให้เข้ากับบริบทในปัจจุบัน จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว อาการผิดปกติที่พบ การเจ็บป่วยในครอบครัว การใช้สมุนไพร ภัยสุขภาพในชุมชน

2. ความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ส่วน

1) แบบสอบถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ 10 ด้าน จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย (1) การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2 ข้อ (2) การมีสุขภาพจิตดี และมีความพึงพอใจในชีวิต 1 ข้อ (3) การมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม 4 ข้อ (4) ความยึดมั่นในหลักคุณธรรม หรือศาสนา 2 ข้อ (5) การมีโอกาสศึกษาเรียนรู้ 1 ข้อ (6) การมีปัจจัยการดำรงชีวิตเพียงพอ และมั่นคง 2 ข้อ (7) การมีครอบครัวอบอุ่น 1 ข้อ (8) การมีสภาพแวดล้อมเหมาะสม 5 ข้อ (9) การมีสื่อเหมาะสม 2 ข้อ (10) การมีบริการสุขภาพเพียงพอเหมาะสม 3 ข้อ (ข้อ 1-23) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 22 ข้อ เติลล 1 ข้อ เลือกลตอบ “ใช่” เมื่อข้อความเป็นจริงตามนั้น และตอบ “ไม่ใช่” เมื่อข้อความเป็นจริงไม่เป็นจริง

2) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย (1) การมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต 2 ข้อ (2) การมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม 1 ข้อ (3) การมีครอบครัวอบอุ่น 2 ข้อ (4) การมีสื่อเหมาะสม 1 ข้อ (5) การมีบริการสุขภาพเพียงพอเหมาะสม 2 ข้อ รวม 8 ข้อ (ข้อ 24-31) เป็นข้อคำถามแบบ Rating scale 5 ระดับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน-เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน จดัระดับความคิดเห็นโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1-2.33 หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ระดับมาก

3) แบบสอบถามความคิดเห็นประเมินค่าโดยรวมเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย (1) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 1 ข้อ (2) การมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม 1 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ Rating scale 10 ระดับ เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน-เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 10 คะแนน จดัระดับความคิดเห็นโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1-4.00 หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4.01-7.00 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 7.01-10.00 หมายถึง ระดับมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ภายหลังจากการศึกษาข้อคำถามของเครื่องมือวิจัยชุดเดิม ทีมผู้วิจัยได้ปรับปรุงเพิ่มข้อคำถามที่เป็นปัจจุบัน และปรับบางข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสม แต่ยังคงมีโครงสร้างของเครื่องมือวิจัยชุดเดิมซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานก่อนนำไปใช้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เครื่องมือการวิจัยทั้งฉบับของชุดเดิมมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.78⁽¹⁵⁾ การศึกษาครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยได้ปรับลักษณะของแบบสอบถามเล็กน้อยจึงนำไปหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง โดยนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ในซอยพหลโยธิน 52 ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.70 แบบสอบถามประเมินข้อเท็จจริง ได้ค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ 0.64 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการจำเป็น และแบบสอบถามความคิดเห็นประเมินค่าโดยรวม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.73 และ 0.72 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล โดยการลงพื้นที่ชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอม จึงทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างทีละข้อจนครบ ใช้เวลา 10-20 นาที แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ค่าพิสัยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดลำดับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ โดยนำคะแนนแต่ละด้านทำเป็นรูปแบบคะแนนที่มีคะแนนเต็มเท่ากันแล้วเทียบเป็นร้อยละของคะแนนเต็มแต่ละด้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในด้านความมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย โดยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ NS3/2565 วันที่รับรอง 11 ธันวาคม 2565-10 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. การประเมินข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 96.79 มีอาหารและน้ำเพียงพอแก่การบริโภคตามความต้องการ



รองลงมาร้อยละ 95.72 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ในขณะที่ประชาชน ร้อยละ 50.27 ได้รับสื่อที่ส่งเสริมการบริโภคที่เกินความต้องการ และสื่อเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา แต่ประชาชนร้อยละ 47.06 ไม่สามารถทำงานที่ต้องใช้กำลังมากหรือออกกำลังกายหนักๆ โดยไม่เหน็ดเหนื่อย และร้อยละ 45.99 ไม่ได้ออกกำลังกายหรือใช้กำลังกายทุกวัน โดยสม่ำเสมอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ที่ให้คำตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” ของการประเมินข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ (n = 187)

ข้อ	คำถาม	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบ			
		ตอบ “ใช่”		ตอบ “ไม่ใช่”	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	สามารถทำงานที่ต้องใช้กำลังมากหรือออกกำลังกายหนักๆ โดยไม่เหน็ดเหนื่อย	99	52.94	88	47.06
2.	สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	179	95.72	8	4.28
3.	สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ด้วยการประคองสติและคิดอย่างมีเหตุผล	175	93.58	12	6.42
4.	ใช้ช้อนกลางเสมอในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นและสมาชิกในครอบครัว	159	85.03	28	14.97
5.	รักษาสุขอนามัยโดยเคร่งครัดตลอดเวลา	164	87.70	23	12.30
6.	ป้องกันการบาดเจ็บในการขับขี่ยานพาหนะโดยการคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกกันน็อกทุกครั้ง (n = 170)	126	74.12	44	25.88
7.	ออกกำลังกายหรือใช้กำลังกายทุกวันโดยสม่ำเสมอ	101	54.01	86	45.99
8.	ถือปฏิบัติกรให้ทาน ให้อภัย สุจริต และสำนึกรับผิดชอบในการกระทำของตนเองตลอดเวลา	172	91.98	15	8.02
9.	ไม่คิดว่าวัตถุภายนอกมีความสำคัญมากไปกว่าความสำนึกเชิงจริยธรรมในจิตใจ	148	79.14	39	20.86
10.	มีทักษะในการแสวงหาความรู้เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาวิตถิอย่างมีเหตุผล และไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต	172	91.98	15	8.02
11.	มีอาหารและน้ำเพียงพอแก่การบริโภคตามความต้องการ	181	96.79	6	3.12
12.	มีที่พักอาศัยที่ปลอดภัย มั่นคงแข็งแรง ถูกสุขลักษณะ	176	94.12	11	5.88



ข้อ	คำถาม	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบ			
		ตอบ “ใช่”		ตอบ “ไม่ใช่”	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13.	สมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลและเอาใจใส่สมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุ (ไม่เกี่ยวข้อง-ไม่มีเด็กหรือผู้สูงอายุ 11 คน)	168	95.45	8	4.55
14.	บ้านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี อากาศบริสุทธิ์ ปราศจากมลภาวะ	150	80.21	37	19.79
15.	ได้จัดการกับขยะและสิ่งปฏิกูลของครัวเรือนอย่างถูกต้อง	174	93.05	13	6.95
16.	ชุมชนได้จัดการกับขยะและสิ่งปฏิกูลอย่างเหมาะสม	152	81.28	35	18.72
17.	ชุมชนได้จัดสถานที่สำหรับพักผ่อน ออกกำลังกาย เรียนรู้ และทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างสมาชิก	142	75.94	45	24.06
18.	ชุมชนอยู่ห่างไกลจากสถานที่/สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยง	142	75.94	45	24.06
19.	ได้รับสื่อที่ส่งเสริมการบริโภคที่เกินความต้องการ และสื่อเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา	94	50.27	93	49.73
20.	สามารถตัดสินใจเลือกบริโภคสื่อได้โดยอิสระ รวมทั้งคัดกรองสื่อที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวได้	171	91.44	16	8.56
21.	ได้รับบริการสุขภาพที่ต้องการ โดยไม่มีข้อจำกัดทางการเงิน	166	88.77	21	11.23
22.	ได้รับการฉีดวัคซีน การวางแผนครอบครัว และความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ดูแลรักษาสุขภาพอย่างเหมาะสม	171	91.44	16	8.56
23.	เข้าใจและสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามความรุนแรงจากสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน	177	94.65	10	5.35

2. การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ

ประชาชนในชุมชนเห็นว่า การมีครอบครัวอบอุ่นเป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานด้านสุขภาพที่สำคัญมากที่สุด โดยพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีการแสดงความรัก เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย 4.55 (S.D. = 0.74) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา สมาชิกอื่นทุกคนจะให้ความร่วมมือ เอาใจใส่ช่วยเหลือหาทางออกที่ดีที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.41 (S.D. = 0.85) อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ส่วนความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยรายชื่ออยู่ในระดับมากทุกข้อ ดังตารางที่ 2

โดยรวมแล้วประชาชนเห็นว่า มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 7.67 (SD. = 1.82) และมีพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 7.46 (SD.= 2.17) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการจำเป็น
พื้นฐานทางด้านสุขภาพ (n = 187)

ข้อ	ความต้องการจำเป็น	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	แปลผล
24	มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตมาก และไม่ต้องการสิ่งใด มากไปกว่าที่เป็นอยู่	4.35	0.84	มาก
25	มีความภาคภูมิใจในตัวเองมาก เนื่องจากประสบ ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การงาน	4.36	0.79	มาก
26	ในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีการแสดงความรัก เอาใจใส่ อย่างสม่ำเสมอ	4.55	0.74	มาก
27	เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา สมาชิกอื่นทุกคนจะให้ ความร่วมมือเอาใจใส่ช่วยเหลือหาทางออกที่ดีที่สุด	4.41	0.85	มาก
28	รับประทานผักและผลไม้หลากหลาย ปริมาณเพียงพอทุกวัน	4.27	0.79	มาก
29	ได้รับ/เข้าถึงสื่อที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอ	3.72	1.13	มาก
30	ได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการตัดสินใจใน การรับบริการสุขภาพโดยสม่ำเสมอ	3.94	1.03	มาก
31	ในครอบครัวมีแบบแผนการดำรงชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดี เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยง ออกกำลังกายเหมาะสม ฝึกสมาธิ บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	4.06	0.99	มาก

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นประเมินค่าโดยรวมเกี่ยวกับ
ความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพ (n = 187)

ข้อ	ความต้องการจำเป็น	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	แปลผล
32	มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์	7.67	1.82	มาก
33	มีพฤติกรรมสุขภาพ	7.46	2.17	มาก

3. การจัดลำดับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพเรียงตามลำดับดังนี้ คือ
(1) ความต้องการมีสื่อที่เหมาะสม (2) ความต้องการสุขภาพร่างกายแข็งแรง (3) ความต้องการมี



พฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม (4) ความต้องการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (5) ความต้องการมีความเชื่อมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา (6) ความต้องการมีบริการสุขภาพเพียงพอเหมาะสม (7) ความต้องการมีครอบครัวอบอุ่น (8) ความต้องการมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต (9) ความต้องการมีโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ (10) ความต้องการมีปัจจัยการดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พิสัยของคะแนนแต่ละด้าน คะแนนของแต่ละด้าน เทียบสัดส่วนเป็นร้อยละของคะแนนเต็มร้อยละ และการจัดลำดับความต้องการพื้นฐานทางด้านสุขภาพ

ประเด็นความต้องการจำเป็น	พิสัย	คะแนนของแต่ละด้าน $\bar{X}$ (SD)	เทียบสัดส่วนเป็นร้อยละของคะแนนเต็มร้อยละ	ลำดับความต้องการ
1. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง (ข้อ 1-2) (ข้อ 32)	0-2 1-10	1.49 (0.58) 7.67 (1.82)	75.51	2
2. มีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต (ข้อ 3) (ข้อ 24-25)	0-1 2-10	0.94 (0.25) 8.71 (1.43)	90.35	8
3. มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม (ข้อ 4-7) (ข้อ 28) (ข้อ 33)	0-4 1-5 1-10	2.94 (0.88) 4.27 (0.97) 7.46 (2.17)	77.83	3
4. มีความเชื่อมั่นในหลักคุณธรรม หรือศาสนา (ข้อ 8-9)	0-2	1.71 (0.52)	85.56	5
5. มีโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ (ข้อ 10)	0-1	0.92 (0.27)	91.98	9
6. มีปัจจัยการดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง (ข้อ 11-12)	0-2	1.91 (0.29)	95.91	10
7. มีครอบครัวอบอุ่น (ข้อ 13) (ข้อ 26-27)	0-1 2-10	0.90 (0.30) 8.96 (1.41)	89.73	7
8. มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (ข้อ 14-18)	0-5	4.06 (1.09)	81.28	4
9. มีสื่อที่เหมาะสม (ข้อ 19-20) (ข้อ 29)	0-2 1-5	1.41 (0.57) 3.72 (1.13)	72.46	1
10. มีบริการสุขภาพเพียงพอเหมาะสม (ข้อ 21-23) (ข้อ 30-31)	0-3 2-10	2.75 (0.54) 7.99 (1.74)	85.78	6

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางสุขภาพของประชาชน คณะผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ใน 2 ประเด็นหลัก ดังนี้



1. ความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ

1.1 จากการประเมินข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนจำนวนมากที่สุด มีอาหารและน้ำเพียงพอแก่การบริโภคตามความต้องการ แสดงว่า ประชาชนในชุมชนนี้มีปัจจัยในการดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพื่อการมีชีวิตอยู่ได้ รองลงมาสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ เหตุที่เป็นดังนี้ เพราะบุคคลทุกคนมีแรงจูงใจในการบรรลุความต้องการจำเป็น และพยายามที่จะตอบสนองความต้องการจำเป็นนั้นตามแนวคิดของมาสโลว์⁽⁶⁾ แต่พบว่า มีประชาชนเกือบครึ่งหนึ่งที่ไม่สามารถทำงานที่ต้องใช้กำลังมากหรือออกกำลังกายหนักๆ โดยไม่เหนื่อยง่าย และไม่ได้ออกกำลังกายหรือใช้กำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ เป็นแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อตอบสนองความต้องการจำเป็นทางด้านร่างกาย ที่อาจทำให้เกิดความผิดปกติและเกิดโรคต่างๆ ตามมา เนื่องจากปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงที่สุด ผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง รับรู้ข้อจำกัดทางสุขภาพของตนเองหรือการส่งเสริมสุขภาพของตนเองมีแนวโน้มจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁸⁾ นอกจากนี้ จากผลการวิจัยที่พบว่าประชาชนเกินครึ่งในชุมชนได้รับสื่อที่ส่งเสริมการบริโภคที่เกินความต้องการ และสื่อเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา อาจเกิดเนื่องจากเมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผันทำให้ประชาชนได้รับสื่อทางออนไลน์ที่เกินความต้องการ ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นสื่อเกี่ยวกับความรุนแรงในสังคม ซึ่งให้เห็นว่า การปรับตัวของประชาชนในการเลือกสื่อยังไม่ทันกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้ภาวะคุกคามทางสุขภาพมาในรูปแบบอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเสี่ยง 5 อันดับแรกบนโลกออนไลน์ คือ เนื้อหาที่มีความรุนแรง โฆษณาสินค้าที่ไม่ได้รับการรับรองความปลอดภัย เนื้อหาสุขภาพที่ไม่น่าเชื่อถือ ข่าวปลอม เนื้อหาลามกอนาจาร⁽¹⁷⁾

1.2 จากการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ ที่พบว่า ประชาชนในชุมชนเห็นว่า การมีครอบครัวอบอุ่นเป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานด้านสุขภาพที่สำคัญมากที่สุด โดยพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีการแสดงความรัก เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา สมาชิกอื่นทุกคนจะให้ความร่วมมือเอาใจใส่ช่วยเหลือหาทางออกที่ดีที่สุด และอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน แสดงว่า ประชาชนในชุมชนนี้ มีความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพในระดับน้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในปัจจุบัน ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและในสังคม มีพบเห็นได้ในสื่อสังคมออนไลน์อยู่เสมอ และทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งทำให้ประชาชนตระหนักถึงการมีเกราะป้องกันปัญหาจากการช่วยเหลือกัน และกัน ในครอบครัว และมีแรงจูงใจในการบรรลุความต้องการจำเป็นในด้านนี้ ซึ่งเห็นว่ามี ความสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการที่เห็นว่ามีค่าสำคัญ^(6,18) ขณะเดียวกัน การมีสุขภาพจิตดี



และมีความพึงพอใจในชีวิต การมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม การมีสื่อที่เหมาะสม และการมีบริการสุขภาพเพียงพอเหมาะสม เป็นความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพที่สำคัญเช่นเดียวกัน เพื่อให้มีการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี^(5,6) โดยพบคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนารถ ชื่นฤดี ที่ประยุกต์ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ศึกษาในชุมชนเมืองเช่นกันที่พบว่า ชุมชนมีความพึงพอใจในชีวิตระดับค่อนข้างพอใจในภาพรวมและรายด้าน⁽¹⁹⁾

2. การจัดลำดับความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ ที่พบว่า มีความต้องการสูงสุด คือ ต้องการมีสื่อที่เหมาะสม เพื่อการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ เพราะอิทธิพลของการพัฒนาในกระแสโลกาภิวัตน์ และความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้เกิดการไหลเวียนของข้อมูลอย่างเป็นพลวัต มีข้อมูลข่าวสารมากมายที่ประชาชนไม่สามารถเชื่อถือ และคัดลอกมาใช้ในการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างเหมาะสมได้ ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน^(8,18) ประชาชนมีความต้องการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และต้องการมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม เป็นลำดับที่ 2 และ 3 สอดคล้องกับข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ส่วนใหญ่พบว่า มีดัชนีมวลกายเกิน มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 56.98 และ 55.11 ตามลำดับ และสอดคล้องกับมาสโลว์⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะเติบโตในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง จึงมีความต้องการจำเป็นเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตที่ดี ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานขั้นแรกของมนุษย์ในการดำเนินชีวิต หากบุคคลไม่สามารถบรรลุขั้นนี้ได้ ก็ไม่สามารถพัฒนาไปสู่ความต้องการขั้นถัดไปได้ ดังนั้น ประชาชนควรได้รับการตอบสนองการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงก่อน เพื่อความอยู่รอด และเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สนับสนุนด้วยการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง หรือเมื่อเจ็บป่วยจะมีวิธีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่า ประชาชนต้องการสื่อที่เหมาะสม ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และต้องการมีพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น หน่วยงานทางสุขภาพในพื้นที่ และสถาบันการศึกษาควรร่วมมือกันในการคัดเลือกสื่อที่จำเป็นในการปฏิบัติตัว เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การจัดการกับอาการของตนเอง และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย ให้สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยในชุมชน ได้แก่ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและประชาชน และวิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพในชุมชนเมืองที่เกี่ยวข้องกับเหตุอื่นๆ ได้แก่ สารเสพติด โรคติดเชื้อ และปัญหาทางจิตเวช เพื่อหาทางป้องกันต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน ผู้ประสานงาน และประชาชนในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. นิยามและประเภทของครอบครัว 2562.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2566-2570. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.nesdc.go.th>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อครัวเรือนในประเทศไทย พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th>
4. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life 2022. [Internet]. [cited 23 October 2022]; Available from: <https://www.who.int/>
5. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 2016. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
6. Maslow, AH. A theory of human motivation. Psychological Review 1943. [Internet]. [cited 13 November 2022]; 50(4): 370–396. Available from: <https://doi.org/10.1037/h0054346>
7. ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์. สุขวัยอย่างมีคุณภาพชีวิตและเป็นสุข 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://www.orst.go.th/royin/iwfm_search.asp
8. Cheng, H, Green, A, Wolpert, M, Deighton, J, & Furnham, A. Factors influencing adult quality of life: Findings from a nationally representative sample in the UK. Personality and Individual Differences 2014; 68: 241-246.



9. วาธินี วงศาโรจน์, พนาวัน เปรมศรี, วรรณวิภา ไตลังคะ และ ภาสกร ดอกจันทร์. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง. Journal of Modern Learning Development 2565; 7(3): 295-309.
10. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2565-2569. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/sites/default/files/statgic_plan-2569.pdf
11. สุวิมล มีแสง. ถอด 11 กระบวนท่า การพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนริมคลอง ชุมชน “ศาลเจ้าพ่อสมบุญ 54” 2564. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://web.codi.or.th>
12. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน). ความหวังของชาวชุมชนเพิ่มส่วนร่วมในการอยู่อาศัยร่วมกับคลอง 2558. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://ref.codi.or.th/new-klong/14216-2015-10-28-11-19-49>
13. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การกำหนดขนาดตัวอย่าง (ม.ป.ป.). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://agecon-extens.agri.cmu.ac.th/Course_online/Course/352441
14. มารยาท โยทองยศ และ ปราณี สวัสดิศรพ์. การกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อการวิจัย 2557. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>
15. มลฤดี เพ็ชรลมูล, นุจรินทร์ โพธารส, อัญชลี เชื้อวโธธร คูวอล, นิติกุล บุญแก้ว, ศศิกัญจน สกุลปัญญวัฒน์ และคณะ. การประเมินความต้องการจำเป็นทางด้านสุขภาพของชุมชนเคหะคลอง 7. EAU Heritage Journal (Science and Technology) 2558; 9(3): 184-195.
16. งามอาจ นัยพัฒน์. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2548. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
17. หน่วยปฏิบัติการวิจัย DIRU นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 15 ความเสี่ยงบนโลกออนไลน์และความรอบรู้ทางดิจิทัลของคนไทย 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2566]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.diru.commart.chula.ac.th/service/>
18. กนกวรรณ พวงประยงค์ และ สานิตย์ หนูนิล. สังคมชนบทไทยสมัยใหม่กับปัจจัยกำหนดวิถีการดำเนินชีวิต. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2561; 44(2): 34-64.
19. นุชนารถ ชื่นฤดี. ความพึงพอใจในชีวิตของชุมชนกองขยะในจังหวัดจันทบุรี : กรณีศึกษาบ้านล่างพุนทรัพย์ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. ปรินญาณิพนธ์ สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. 2560.



20. Chumpeeruang, S, Jampha, W, and Vithayachockitikhun, N. Factors Correlation to Quality of Life of the Elderly Living on Muang Nakhonsawan Province. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology 2022; 7(8): 489–503.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด
ต่ออัตราการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
EFFECTS OF EXTRAVASATION PREVENTION PRACTICE GUIDELINE ON
EXTRAVASATION IN PATIENTS WITH CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Received: March 30, 2023

Revised: July 14, 2023

Accepted: July 22, 2023

พจี ศิลพันธ์^{1*}

Pajee Selapun^{1*}

บทคัดย่อ

ภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดต่ออัตราการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดวิธีการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด ไม่เกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดร้อยละ 96.7 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เกิดการรั่วซึมร้อยละ 90.0 ไม่มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p = 0.612$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้แนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90$) และ ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.47$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติสามารถป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดได้ ผู้ป่วยมะเร็งและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากต่อการใช้แนวปฏิบัติ ดังนั้น จึงควรนำแนวปฏิบัตินี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : โรคมะเร็ง, การรั่วซึมของยาเคมีบำบัด, เคมีบำบัด

¹ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Roiet hospital

*Corresponding author E-mail: Pajee.jee2014@gmail.com



Abstract

Extravasation out of the peripheral veins is a serious complication. The objective of this study was to study the effects of extravasation prevention practice guideline on extravasation in patients with cancer undergoing chemotherapy. Study design was Quasi-experiment Research. Selection of samples by Simple Random sampling. The experimental group 30 cases, the control group 30 cases. Data collected between January and April 2022. Data were analyzed used descriptive statistics, Chi-square and Fisher's exact test.

Results: The experimental group that used the extravasation prevention practice guideline can prevent leakage of chemotherapy drugs 96.7 % and 90% of the control group did not have chemotherapy drug leaks, statistically non-significant at the significance level of 0.05 ($p = 0.612$). Cancer patients' satisfaction with the overall extravasation prevention practice guideline was at the highest level ($\bar{X} = 4.90$), and nurses caring for cancer patients had the highest satisfaction level ($\bar{X} = 4.47$).

Conclusion and recommendations: The results of this study show that extravasation prevention practice guideline used can prevent leakage of chemotherapy drugs out of blood vessels. The satisfaction of cancer patients and nurses was at high level. Therefore, this guideline should be used for planning to care cancer patients to increase quality and efficiency.

Keywords : Cancer, Extravasation, Chemotherapy.



บทนำ

โรคมะเร็ง (Cancer) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามคุณภาพชีวิต และพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกภายในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวน 19.3 ล้านราย อัตราการเสียชีวิต 10 ล้านราย⁽¹⁾ มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่มากถึง 29.3 ล้านราย อัตราการเสียชีวิตเพิ่มเป็น 16.3 ล้านรายทั่วโลก ในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งพบมากเป็นอันดับต้นๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งพบผู้ป่วยรายใหม่โรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 122,757⁽²⁾, 139,206⁽³⁾ และ 190,636⁽⁴⁾ ราย ตามลำดับจำนวนการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จำนวน 80,665⁽²⁾, 84,073⁽³⁾ และ 124,866⁽⁴⁾ ราย ตามลำดับ⁽²⁾ ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า มี 9,114 , 9,628 และ 9,936 ราย ตามลำดับ⁽⁵⁾ สำหรับหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับยาเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน คือ ในปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่า มี 473, 510 และ 534 ราย ตามลำดับ⁽⁶⁾

การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นการบริหารทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่แพทย์มักเลือกใช้ในการรักษา เพื่อช่วยทำลายและยับยั้งการแพร่กระจายเซลล์มะเร็ง และป้องกันการกลับเป็นมะเร็งขึ้นมาใหม่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้น⁽⁷⁾ ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงสูงโดยผลข้างเคียงที่สำคัญและมีความรุนแรงมาก ได้แก่ ภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย จากการบริหารยาเคมีบำบัด โดยที่ยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับยา (Vesicant) บางครั้งอาจทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น และกลายเป็นแผลขึ้น ซึ่งอาจกระทบต่อระบบเส้นประสาท เอ็น และข้อต่อในบริเวณที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด และเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อ และเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ อาจทำให้ต้องผ่าตัด ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งอาการบาดเจ็บดังกล่าวนี้ อาจต้องใช้เวลาเป็นเดือนกว่าอาการจะดีขึ้น บางรายมีการทำลายของเนื้อเยื่อจนถึงกระดูก ทำให้เกิดความพิการไม่สามารถใช้อวัยวะที่ถูกทำลายได้เหมือนปกติ

ในประเทศไทยพบ สถิติระดับหน่วยงานที่รายงาน ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาเคมีบำบัด มีอัตราการเกิดภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย อยู่ที่ร้อยละ 0.01-7 จากการเก็บข้อมูลการเกิดการรั่วของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า มี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11, 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายจะไม่สูง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลเสียหลายประการ และสะท้อนถึงคุณภาพของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เนื่องจาก ภาวะการรั่วซึมของ



ยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า วิธีการป้องกัน (Prevention) ถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น⁽⁸⁾

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด (Extravasation) ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ไม่เหมาะสม เทคนิคเลือกหลอดเลือดดำส่วนปลายไม่เหมาะสม⁽⁹⁾ บุคลากรขาดความรู้ความชำนาญ ประสิทธิภาพ ชนิดและความเข้มข้นของยาเคมีบำบัด⁽¹⁰⁾ ตัวผู้ป่วย เช่น เป็นเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวไม่ดี ผู้ป่วยสับสน มีการไหลเวียนเลือดผิดปกติ⁽⁸⁾

จากการทบทวนงานวิจัยสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดทั้งในประเทศจำนวน 3 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 1 เรื่อง พบว่า วิธีป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายเป็นวิธีการที่ดีที่สุดช่วยลดอุบัติการณ์การรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลง หรือไม่ทำให้เกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายเลย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งจากแนวปฏิบัติเดิมจะเริ่มจากการเลือกหลอดเลือดดำที่มีขนาดใหญ่ตรงมีความยืดหยุ่น และเริ่มบริหารยาเคมีบำบัด สำหรับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่จะเริ่มจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นยาเคมีบำบัดที่ได้รับผลของยาเคมีบำบัดที่ได้รับมีผลอย่างไรถ้ามีการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายอันตรายมากน้อยแค่ไหน หลังจากนั้นเลือกหลอดเลือดที่ขนาดใหญ่ตรงมีความยืดหยุ่นตามแนวปฏิบัติเดิม เพื่อความมั่นใจว่าเมื่อเราแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำส่วนปลายแล้วจะ ไม่มีการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยเพิ่มกิจกรรมการพยาบาล คือ การทดสอบความสมบูรณ์ของหลอดเลือดโดยดูจากการย้อนกลับของเลือดเมื่อแทงเข็ม การไหลของน้ำเกลือไหลเร็วไม่ช้า สังเกตบริเวณที่แทงเข็มว่า มีบวมแดงหรือผู้ป่วยบ่นเจ็บหรือไม่ และจากการฉีดยาน้ำเกลือเข้าเส้นเลือด 10 มิลลิลิตร ว่าไหลสะดวกดีหรือไม่ ถ้าการไหลน้ำเกลือช้า ฉีดยาน้ำเกลือเข้าจะไม่ไหลสะดวก ต้องใช้แรงดัน ถ้าเป็นกรณีแบบนี้จำเป็นต้องมีการแทงเข็มตำแหน่งใหม่แล้วบริหารยาเคมีบำบัด กรณีให้ยาหลายชนิด ควรให้ยาในกลุ่มมีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อ (Vesicant) เป็นอันดับแรก ตามด้วยกลุ่มระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ (Irritant) และยาในกลุ่มไม่ทำลายเนื้อเยื่อ (Non Vesicants) มีการเฝ้าระวังการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดทุก 1-2ml ขณะ Bolus ทุก 5 นาที สำหรับให้ยา Piggy bag และ Free Flow ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชม. จนบริหารยาหมด โดยเฉพาะเด็ก และผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด หลังให้ยาเคมีบำบัดหมด Flush ด้วย NSS หรือ 5%D/W 20-30 ml ตามชนิดของสารที่ทำละลาย เมื่อดึงเข็มออกให้ผู้ป่วยยกแขนบริเวณที่แทงเข็มให้สูงกว่าระดับตัว กดด้วยสำลี 3-5 นาที บันทึกเหตุการณ์การเกิดหรือไม่เกิดภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย พบว่า ผลของการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่มีอัตราการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลง



ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะปรับปรุงแนวปฏิบัติจากการทบทวนวรรณกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย ให้ครอบคลุมชัดเจนขึ้น และนำไปทดสอบในทางปฏิบัติเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีและสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ไม่ใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัด
2. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อประเมินผลการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดจากการใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ได้ปรับปรุงขึ้น
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อการได้รับการดูแล และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

การทบทวนวรรณกรรม

กาญจนา ใจดี (2557)⁽⁸⁾ วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็ง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง พบว่า 1) ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งในกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด 2) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศอยู่ในระดับมาก 3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับมาก

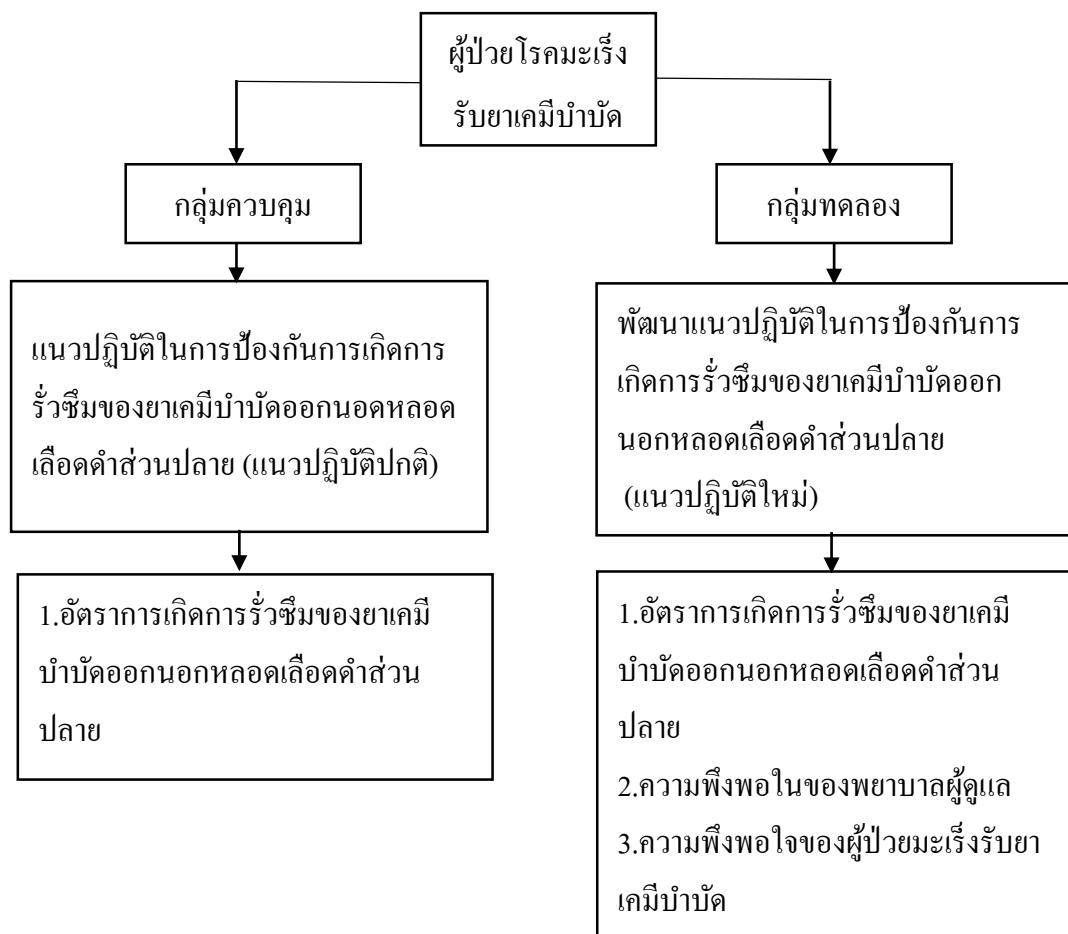
ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์ (2561)⁽¹¹⁾ วิจัยเรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ Extravasation พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Extravasation และระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะ Extravasation ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สุริพร มะณีรัตน์ (2561)⁽¹²⁾ วิจัยเรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด Extravasation ต่ออัตราการเกิด Extravasation ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติตามปกติเกิด Extravasation จำนวน 6 คน (ร้อยละ 13.64) ในขณะที่กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่เกิด Extravasation



Mohamed. S. A.M., et al., (2019)⁽¹³⁾ วิจัยเรื่อง ป้องกันการเกิดยารั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า มีหลายปัจจัยที่สามารถป้องกันการเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดได้ซึ่งรวมถึงการปรับปรุงพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยให้เหมาะสม การประเมินหลอดเลือดดำบริเวณที่แทงเข็มที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยซึ่งสามารถลดอัตราการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experiment Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร 1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการรับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกในประชากร 2 กลุ่ม ตามเกณฑ์ ดังนี้



เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในหน่วยงานเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สูตรยาเคมีสูตรใดก็ได้
- 2) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 3) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
- 4) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด Cycle ใดก็ได้
- 5) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและการฟังภาษาไทยได้
- 6) เป็นผู้ที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย (Exclusion Criteria)

- 1) ขอดอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเคมีบำบัด และต้องได้ Admit เข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยใน
- 3) ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Line)

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง 0.50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวม 44 คน เก็บจริงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 7 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติของพยาบาลจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดเรียงลำดับตัวเลข 1-10 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1-3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเองขึ้นใหม่ และได้นำไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.88 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นมาใหม่ เป็นการทดลอง 1 ครั้ง ใน 1 วัน มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยวิธี การหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.85



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เฉพาะทางสาขามะเร็ง 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาโดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้น นำแนวปฏิบัติการป้องกันการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดไปทดลองกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics 23 โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher exact test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 005/2565 วันที่ 29 ธันวาคม 2564 ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและเชิญชวนให้เข้าร่วมในการวิจัย ผู้ป่วยมีสิทธิเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมหรือยุติการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกับการรักษา และการให้การดูแล และยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ และรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อ และนำเสนอการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นของงานวิจัยนี้มีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย จากการทบทวนวรรณกรรม 2) นำแนวปฏิบัติในการป้องกันการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยงานเคมีบำบัด 3) ประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติในการป้องกันการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยเคมีบำบัด 4) สรุปผลการนำแนวปฏิบัติในการป้องกันการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำ



ส่วนปลาย นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยเคมีบำบัดและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด ไม่เกิดการรื้อซึมของยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 96.7 และกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติไม่เกิดการรื้อซึม ร้อยละ 90.0 ไม่มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p = 0.612$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละอุบัติการณ์การรื้อซึมของยาเคมีบำบัด ($n = 60$)

อุบัติการณ์การรื้อซึมของยาเคมีบำบัด	ไม่เกิดการรื้อซึม		เกิดการรื้อซึม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	29	96.7	1	3.3	.612
ไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	27	90.0	3	10.0	

* $p < 0.05$

ผลศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการภาวะการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากไปหาน้อย ดังนี้ ท่านพอใจการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดโดยภาพรวม ($\bar{X} = 5.00$) และท่านได้รับการประเมินภาวะการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดจากพยาบาลผู้ดูแล ($\bar{X} = 4.06$) ซึ่งโดยรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการภาวะการรื้อซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย ($n = 30$)

ความพึงพอใจ	X	SD	ความพึงพอใจ
1. พยาบาลได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ขณะให้ยาเคมีบำบัดคือการรื้อซึมของยาออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย	4.80	0.40	มากที่สุด
2. พยาบาลได้แนะนำท่านถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาเคมีบำบัด โดยแนะนำท่านให้แจ้งพยาบาลผู้ดูแลทราบ ได้แก่ อาการปวดแสบ ร้อน บริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด	4.86	0.34	มากที่สุด



ความพึงพอใจ	X	SD	ความพึงพอใจ
3. พยาบาลมีการทดสอบเส้นเลือดของท่านว่าสมบูรณ์ดีหรือไม่ ก่อนให้ยาเคมีบำบัด	4.90	0.30	มากที่สุด
4. พยาบาลได้ให้คำแนะนำให้ระมัดระวังบริเวณที่แทงเข็มเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เดินเข้าห้องน้ำ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของเข็ม	4.90	0.30	มากที่สุด
5. ท่านได้รับการปิดพลาสติกบริเวณที่แทงเข็มอย่างแน่น	4.90	0.30	มากที่สุด
6. ท่านได้รับการประเมินภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดจากพยาบาลผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด สม่าเสมอ	4.06	0.18	มาก
7. ท่านพอใจการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดโดยภาพรวม	5.00	0.00	มากที่สุด
รวม	4.90	0.16	มากที่สุด

ผลศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำนวนพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 4 ราย เมื่อพิจารณาข้อทั้ง 9 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.47$)

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า

1. อุบัติการณ์การเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มที่ใช้และกลุ่มที่ไม่ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มที่ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด ไม่มีการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 96.7 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เกิดการรั่วซึมร้อยละ 90.0 ไม่มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p = 0.612$)

2. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต่อการได้รับการดูแลตามนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากไปหาน้อย ดังนี้ พื่อใจการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการรั่วซึม



ของยาเคมีบำบัดโดยภาพรวม ($\bar{X} = 5.00$) และได้รับการประเมินภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดจากพยาบาลผู้ดูแล ($\bar{X} = 4.06$) ซึ่งโดยรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90$)

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดรั่วซึมของยาเคมีบำบัดจากพยาบาลผู้ดูแล ($\bar{X} = 4.06$) ซึ่งโดยรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90$)

อภิปรายผลการวิจัย

หลังจากการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติและไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดน้อยกว่ากลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ โดยมีกระบวนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล รายละเอียด ดังนี้ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทุกคนต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวก่อนให้ยา ขณะให้ยาและหลังให้ยา เลือกขนาดเข็มตามวัตถุประสงค์และขนาดของหลอดเลือด เลือกหลอดเลือดที่เหมาะสมในการให้ยา ทดสอบความสมบูรณ์ของหลอดเลือดโดยดูจาก Blood return, Flow rate และ บริเวณที่ให้ไม่มีบวมแดงหรือผู้ป่วยบ่นเจ็บจากการ Flush NSS 10 ml ก่อนให้เคมีบำบัดทุกครั้ง กรณีไม่แน่ใจให้ Revise ใหม่ ใช้แผ่น Tegaderm ใส ปิด Catheter เพื่อตรวจสอบเส้นเลือด Fix บริเวณ Catheter ให้แน่น ก่อนบริหารเคมีบำบัดและระหว่างการให้เคมีบำบัดแต่ละชนิด Flush ด้วย Saline หรือ 5% D/W 20-30 ml ควรให้ยาในกลุ่ม Vesicants เป็นอันดับแรก ตามด้วยกลุ่ม Irritant และ Non Vesicants การเฝ้าระวังภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดหลังให้ยาเคมีบำบัดหมดต้อง Flush NSS 30 ml หลังให้เคมีบำบัดทุกครั้ง เมื่อดึงเข็มออกจากเส้นเลือดควรให้ผู้ป่วยขยับบริเวณที่แทงเข็มให้สูงกว่าระดับลำตัว บันทึกอุบัติการณ์การเกิด หรือไม่เกิดภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด ไม่มีการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 96.7 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เกิดการรั่วซึมร้อยละ 90.0 ไม่มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p = 0.612$) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วิธีการป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นการช่วยลดอุบัติการณ์การรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลง หรือไม่เกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายเลย



ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริพร มะณีรัตน์ (2561)⁽¹¹⁾ เรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด Extravasation ต่ออัตราการเกิด Extravasation ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติตามปกติเกิด Extravasation จำนวน 6 คน (ร้อยละ 13.64) ในขณะที่กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่เกิด Extravasation เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.078$)

สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตติพร ปฐมจารุวัฒน์ (2557)⁽⁸⁾ วิจัยเรื่อง ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Extravasation ต่อภาวะ Extravasation พบว่า หลังจากได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Extravasation กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Extravasation และระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะ Extravasation ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทุกคนต้องรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การรั่วซึมของยาเคมีบำบัด หรือไม่เกิดภาวะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายเลย

2. แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย พบว่า วิธีการป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นการช่วยลดอุบัติการณ์การรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลง หรือไม่เกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายเลย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากเจ้าหน้าที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านมีความมุ่งมั่นดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการวิจัย ที่ให้ข้อเสนอแนะในกระบวนการวิจัย สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการพัฒนาและให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. WHO. จำนวนประชากรที่ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง. [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2021/07/22081>
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 5 อันดับ สถิติมะเร็งในคนไทย-ที่ควรดูแลตนเองให้ห่างไกล. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/phrapradaeng/Article/Details/บทความ-โรคมะเร็ง-5-อันดับ-สถิติมะเร็งในคนไทย-ที่ควรดูแลตนเองให้ห่างไกล>.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เปิดสถิติโรคมะเร็งในคนไทยค้นยอดผู้ป่วยใหม่ทะลุแสนรายต่อปี.[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค.2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.prachachat.net/general/news-869575>
4. องค์การระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยมะเร็ง (International Agency for Research on Cancer:IARC).เจาะลึกเรื่องมะเร็งโลกมาถึงยุค “มะเร็งแม่นยำ” เมืองไทยนำมาใช้แล้วหรือยัง .[อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2564]; เข้าถึงได้จาก : <https://mgronline.com/qol/detail/9650000112510>
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2563.
6. หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับยาเคมีบำบัดระหว่างปี พ.ศ. 2561 พ.ศ. 2563.โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2563.
7. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2554.
8. กาญจนา ใจดี. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดในผู้สูงอายุที่เป็น โรคมะเร็ง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
9. Pathomjaruwat T. (2016). Impact of a nursing care guideline on prevention and management of extravasation. Journal of Nursing council. 2016; 31(2), 81-95. Thai.
10. Doellman D, Hadaway L, Bowe-Geddes LA, et al. Infiltration and extravasation:Update on prevention and management. J Infus Nurs.2009; 32(4): 203-211.
11. จิตพร ปฐมจารุวัฒน์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ extravasation. Thai Journal of Nursing Council. 2561; 31: 81-95.
12. สุริพร มณีรัตน์. (2561). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด Extravasation ต่ออัตราการเกิด Extravasation ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. มหาวิทยาลัยรังสิต. 2561.



13. Mohamed. M. A. S, Elmaati. A. B. M. H, and Mohamed. H. M. E. Eliminating Extravasation Events: Impact of Intervention Guidelines on Patients Receiving Chemotherapy. Novelty Journals. [Internet]. 2019 [cited 9 Aug 2021]; 6: 1192-1205. Available from: <file:///C:/Users/user/Downloads/EliminatingExtravasationEvents-2146.pdf>



การประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565

EVALUATION OF THE HEALTH SYSTEM STRATEGIC PLAN OF MAHA SARAKHAM PROVINCE IN 2022

Received: June 03, 2023

Revised: August 03, 2023

Accepted: August 15, 2023

อุดม บุษพาเต¹, สัจด์ เชื้อลินฟ้า^{1*}, รัชณีวิภา จิตรากุล¹

Udom Bubphatate¹, Sangud Chualinfa^{1*}, Rutchaneevipa Jitrakul¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินแผนยุทธศาสตร์และผลลัพธ์การดำเนินงานในแก้ไข ปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 เป็นการวิจัย เชิงประเมินผลตามกรอบของ CIPP model ประชากร คือ 1) ผลการดำเนินงานจำนวน 21 ตัวชี้วัดหลัก 70 ตัวชี้วัดย่อย ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ 2) ผู้ประสานแผนงาน 14 กลุ่มงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน และ 13 เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ แห่งๆ ละ 10 คน รวมทั้งหมด 158 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากประชากรทั้งหมด เครื่องมือเป็นแบบตรวจสอบ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ อยู่ใน ระดับสูง ส่วนคะแนนประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดภาพรวม 6 ยุทธศาสตร์ มีค่าเท่ากับ 4.05 (ระดับดีมาก) โดยสูงสุด คือ CUP เชียงยืน (4.38/ระดับดีมาก) การเตรียมความพร้อมด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับผลการ ดำเนินงานของตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ (1) ให้วิเคราะห์เชิงระบบเพื่อปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของตัวชี้วัด ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และยกระดับตัวชี้วัดระดับดีให้เป็นระดับดีมาก และระดับดีมากให้เป็นการปฏิบัติ ที่เป็นเลิศและเกิดนวัตกรรม (2) ให้เพิ่มประสิทธิภาพของระบบการวางแผนและการถ่ายทอดสู่ การปฏิบัติ

คำสำคัญ: การประเมินผล, แผนยุทธศาสตร์, ระบบสุขภาพจังหวัด

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Maha Sarakham Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: sangudchua@yahoo.com



Abstract

This study aimed to evaluate the strategic plans, operational outcomes, and problems associated with the 2022 Maha Sarakham Provincial Health System Strategic Plan. It is an evaluation study using CIPP model framework. In this study, the district-level performance outcomes of the fiscal year 2022 of all 13 CUP were evaluated based on 70 key performance indicators (KPIs) from 21 main KPIs, corresponding to the provincial health system in 2022. The sample of 158 plan coordinators from the 14 departments of Provincial Public Health Office and 13 CUPs (10 people each) were purposively selected. The research tools consisted of a performance check form, a questionnaire and an interview guide. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics.

The study found that the results of all 3-aspect evaluation, context, input and process in order to implement the provincial health system strategic plan into practice were at a high level. Overall, the product evaluation score for the six strategies for implementing the plan was 4.05 (very good). Among CUP's evaluation scores for the 2022 provincial health system strategic plan, Chiang Yuen had the highest score (4.38/very good), respectively. Good preparation in terms of context, input and process was significantly associated with the performance of the system strategic plan indicators at the 0.05 level.

This study suggests that 1) systematic analysis to adapt the strategies of KPIs that didn't meet the criteria, raise good KPIs to very good levels and raise very good KPIs to become best practices and generate innovation. 2) to increase the efficiency of planning system and putting it into practice.

Keywords: Evaluation, Strategic Plan, Provincial Health System



บทนำ

การวางแผนยุทธศาสตร์เป็นการแสวงหาแนวทางใช้ความสามารถองค์การกับโอกาสและภัยอุปสรรคที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม⁽¹⁾ แผนยุทธศาสตร์เป็นแผนงานที่ผู้บริหารระดับสูงใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารองค์การ เป็นกระบวนการตัดสินใจเพื่อดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์โดยการตัดสินใจเลือกแผนที่จะใช้ได้ดีที่สุด⁽²⁾ แผนยุทธศาสตร์เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง แต่การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ยังมีความสำคัญ การบริหารราชการแผ่นดินแนวใหม่กำหนดแนวทางการสร้างแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานของรัฐ⁽³⁾ การวางแผนและการบริหารงานโครงการจำเป็นต้องกำหนดจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อกำหนดคุณลักษณะของผลปลายทางที่พึงประสงค์⁽⁴⁾ การบริหารเชิงกลยุทธ์เกี่ยวข้องกัน 3 ประการ คือ การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ การกำหนดกลยุทธ์ การปฏิบัติตามกลยุทธ์และการควบคุม^(5,6) การบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นการวางแผนการดำเนินการและการควบคุมเชิงกลยุทธ์เพื่อนำไปสู่ความเป็นเลิศ⁽⁷⁾ และการบริหารจัดการธุรกิจในลักษณะที่มีการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม^(8,9) ขั้นตอนและกระบวนการสร้างแผนกลยุทธ์ 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดข้อความวิสัยทัศน์ ข้อความพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ การกำหนดกลยุทธ์ หรือการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การปฏิบัติตามกลยุทธ์ การประเมินผล และการควบคุมเชิงกลยุทธ์⁽⁹⁾ การติดตาม กำกับ และประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติการให้เกิดผลตามวิสัยทัศน์ และเป้าหมายที่กำหนดจำเป็นต้องมีระบบการติดตามกำกับและประเมินผลที่เป็นระบบเชื่อมโยงจากระดับนโยบายสู่ระดับปฏิบัติการและจากระดับชาติไปสู่จังหวัด พื้นที่และชุมชน⁽⁶⁾

การประเมินเป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในรูปที่สามารถตีความได้ เพื่อใช้เป็นฐานสำหรับนำไปสู่การตัดสินใจขั้นประเมินผล ส่วนการประเมินผลเป็นการตัดสินใจคุณค่าที่เกี่ยวกับความดีงามหรือความมีประโยชน์เป็นกระบวนการในการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจากการประเมิน⁽¹⁰⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีอำนาจหน้าที่ใน 6 ข้อ โดยข้อที่ 3 คือ กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ⁽¹¹⁾ โดยอำนาจหน้าที่ดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะต้องประเมินผลงาน และผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดที่ต้องกำหนดแนวทางการดำเนินงานประเมินผลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยครอบคลุมการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ประเมินสถานสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงานประจำปี ซึ่งหมายถึง กระบวนการดำเนินงานด้านการควบคุม กำกับ เพื่อดูตามความก้าวหน้าของงานด้านภารกิจ รวมทั้งประเมินกระบวนการ และผลลัพธ์ดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่⁽¹²⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 เป็นแผนยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขทั้งระบบของจังหวัดที่มาจาก



การวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของจังหวัด และวิเคราะห์ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขของปี 2565 ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดนี้มีวิสัยทัศน์ คือ คนมहाสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน องค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิสัยทัศน์ มี 6 พันธกิจ ขับเคลื่อนด้วย 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ 17 แผนงานหลัก 149 ตัวชี้วัด พร้อมทั้งกำหนดระบบประเมินผลและทำการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมहाสารคาม ปี 2565 เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ⁽¹³⁾ การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมहाสารคามในรอบปีเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด เพื่อประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายปี 2565 ที่กำหนดไว้ และร่วมกันกำหนดแนวทางที่จะยกระดับการดำเนินงานในปีถัดไปของระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมहाสารคาม ปี 2565 โดยใช้กรอบการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมहाสารคาม ปี 2565
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมहाสารคาม ปี 2565
3. เพื่อรวบรวมปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมहाสารคาม ปี 2565

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยประเมินผลโดยใช้กรอบของ CIPP model ของ Stufflebeam (1971)⁽¹⁴⁾ ซึ่งเป็นการประเมินตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (Context, Input, Process and Product) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mix Method)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผลการดำเนินงานของปี 2565 ตามตัวชี้วัดใน 6 ยุทธศาสตร์ 17 แผนงานหลัก จำนวน 21 ตัวชี้วัดหลัก 70 ตัวชี้วัดย่อย ของทุกเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) จำนวน 13 แห่ง ที่มาจากผลการประเมินผลตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) ตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2565



2. ผู้ประสานแผนงานในระดับกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 14 กลุ่มงาน และระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) จำนวน 13 แห่งๆ ละ 10 คน รวมทั้งหมด 158 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงทั้งหมดของประชากร สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เลือกเฉพาะที่เป็นบุคคลให้ข้อมูลหลัก (Key Person) คือ กลุ่มผู้บริหารหน่วยงาน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ/หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (หัวหน้างานแผนของ รพ./สสอ./กลุ่มงานของ สสจ.)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 แปลผลระดับผลการดำเนินงานโดยใช้เกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2535)⁽¹⁵⁾ ในการแปลความหมายระดับผลการดำเนินงาน 5 ระดับ ที่คิดจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้น คือ คะแนน 4.01–5.00 (ระดับดีมาก) คะแนน 3.01–4.00 (ระดับดี) คะแนน 2.01–3.00 (ระดับปานกลาง) คะแนน 1.01–2.00 (ระดับไม่ดี) และคะแนน 0–1.00 (ระดับไม่ดียิ่ง)

2. แบบสอบถามการความพร้อมในการจัดทำแผนด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการเพื่อนำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2565 สู่การปฏิบัติเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.87 โดยแปลผลความพร้อมจากคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (สุ่มทนา กลางการ และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1997)⁽¹⁶⁾ คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยคะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00 แปลความว่า ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.33 แปลความว่า ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66 แปลความว่า ระดับต่ำ

3. แบบสัมภาษณ์แนวทางพัฒนางานด้านการจัดทำแผนและประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2566

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาสรุปเรียบเรียงและจัดหมวดหมู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม วันที่ 14 กันยายน 2564 เลขที่จริยธรรมการวิจัย 14/2564 โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง



ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

1.1 ผลการประเมินบริบท ข้อมูลลักษณะประชากรที่ให้ข้อมูลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 62.00 เป็นชาย ร้อยละ 38.00 อายุเฉลี่ย 46.33 ปี อายุราชการเฉลี่ย 21.43 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.60 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.70 รองลงมาระดับปริญญาโท ร้อยละ 37.30 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 44.30 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 39.90 เคยฝึกอบรมเรื่องการวางแผน ร้อยละ 75.30 การกำหนดนโยบายของระดับจังหวัดและอำเภอ ผลประเมินการกำหนดนโยบายของระดับจังหวัดและอำเภอ ภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.45 (S.D. = 0.60) ความสอดคล้องของแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและระดับจังหวัด และความครบถ้วนของตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและระดับจังหวัด พบว่า โดยรวมอยู่ที่ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.48 (S.D. = 0.58) ผลประเมินการเตรียมองค์การในการนำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 พบว่า โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D. = 0.56)

1.2 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า

1.2.1 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าด้านแผนปฏิบัติการ และงบประมาณดำเนินการในการนำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 ผู้การปฏิบัติของระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พบว่า แผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและแผนปฏิบัติการของระดับอำเภอภาพรวม 13 อำเภอ ปีงบประมาณ 2565 ที่ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ผู้การปฏิบัติในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1-6 รวมทั้งหมด 1,094 โครงการ จำนวนเงิน 59,083,191 บาท โดยเป็นแผนปฏิบัติการของระดับจังหวัด 123 โครงการ จำนวนเงิน 16,763,279 บาท และแผนปฏิบัติการระดับอำเภอรวม 13 อำเภอ 971 โครงการ จำนวนเงิน 42,319,912 บาท ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็ง และยั่งยืน รวมระดับจังหวัดและระดับอำเภอมี 16 โครงการ (ร้อยละ 1.46 ของโครงการทั้งหมด) จำนวนเงิน 385,290 บาท (ร้อยละ 0.65 ของจำนวนเงินทั้งหมด) ซึ่งแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดไม่มีโครงการและไม่มีงบประมาณ แต่ระดับอำเภอมีจำนวน 16 โครงการ (ร้อยละ 1.65 ของโครงการระดับอำเภอ) จำนวนเงิน 385,290 บาท (ร้อยละ 0.91 ของจำนวนเงินระดับอำเภอ) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี ผู้การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) รวมระดับจังหวัดและระดับอำเภอมี 10 โครงการ (ร้อยละ 0.91 ของโครงการทั้งหมด) จำนวนเงิน 175,850 บาท (ร้อยละ 0.30 ของจำนวนเงินทั้งหมด) ซึ่งแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดไม่มีโครงการและไม่มีงบประมาณ แต่ระดับอำเภอมี 10 โครงการ (ร้อยละ 1.03 ของโครงการระดับอำเภอ) จำนวนเงิน 175,850 บาท (ร้อยละ 0.42 ของจำนวนเงินระดับ



อำเภอ) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) รวมระดับจังหวัดและระดับอำเภอมี 405 โครงการ (ร้อยละ 37.02 ของโครงการทั้งหมด) จำนวนเงิน 14,905,211 บาท (ร้อยละ 25.23 ของจำนวนเงินทั้งหมด) ซึ่งแบ่งเป็นแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดมีจำนวน 47 โครงการ (ร้อยละ 38.21 ของโครงการระดับจังหวัด) จำนวนเงิน 2,929,263 บาท (ร้อยละ 17.47 ของจำนวนเงินระดับจังหวัด) และระดับอำเภอมีจำนวน 358 โครงการ (ร้อยละ 36.87 ของโครงการระดับอำเภอ) จำนวนเงิน 11,975,948 บาท (ร้อยละ 28.30 ของจำนวนเงินระดับอำเภอ) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) รวมระดับจังหวัดและระดับอำเภอมี 307 โครงการ (ร้อยละ 33.82 ของโครงการทั้งหมด) จำนวนเงิน 15,762,035 บาท (ร้อยละ 26.68 ของจำนวนเงินทั้งหมด) ซึ่งแบ่งเป็นแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดมี 41 โครงการ (ร้อยละ 33.33 ของโครงการระดับจังหวัด) จำนวนเงิน 7,366,831 บาท (ร้อยละ 43.95 ของจำนวนเงินระดับจังหวัด) และระดับอำเภอมี 329 โครงการ (ร้อยละ 33.88 ของโครงการระดับอำเภอ) จำนวนเงิน 8,395,204 บาท (ร้อยละ 19.84 ของจำนวนเงินระดับอำเภอ) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) รวมระดับจังหวัดและระดับอำเภอมี 59 โครงการ (ร้อยละ 5.39 ของโครงการทั้งหมด) จำนวนเงิน 9,352,170 บาท (ร้อยละ 15.83 ของจำนวนเงินทั้งหมด) ซึ่งแบ่งเป็นแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดมี 9 โครงการ (ร้อยละ 7.32 ของโครงการระดับจังหวัด) จำนวนเงิน 782,900 บาท (ร้อยละ 4.67 ของจำนวนเงินระดับจังหวัด) และระดับอำเภอมี 50 โครงการ (ร้อยละ 5.15 ของโครงการระดับอำเภอ) จำนวนเงิน 8,569,270 บาท (ร้อยละ 20.25 ของจำนวนเงินระดับอำเภอ) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) รวมระดับจังหวัดและระดับอำเภอมี 234 โครงการ (ร้อยละ 21.39 ของโครงการทั้งหมด) จำนวนเงิน 18,502,635 บาท (ร้อยละ 31.32 ของจำนวนเงินทั้งหมด) ซึ่งแบ่งเป็นแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดมี 26 โครงการ (ร้อยละ 21.14 ของโครงการระดับจังหวัด) จำนวนเงิน 5,684,285 บาท (ร้อยละ 33.91 ของจำนวนเงินระดับจังหวัด) และระดับอำเภอมี 208 โครงการ (ร้อยละ 21.42 ของโครงการระดับอำเภอ) จำนวนเงิน 12,818,350 บาท (ร้อยละ 30.29 ของจำนวนเงินระดับอำเภอ)

1.2.2 แผนปฏิบัติการระดับจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ผู้การปฏิบัติในระดับจังหวัดตาม 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ พบว่า แผนปฏิบัติการระดับจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1-6 รวมจำนวน 123 โครงการ จำนวนเงิน 16,763,279 บาท

1.2.3 แผนปฏิบัติการของระดับอำเภอที่ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ผู้การปฏิบัติในระดับอำเภอ แยกตาม 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ พบว่า แผนปฏิบัติการของระดับอำเภอที่ขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1-6 รวมจำนวน 971 โครงการ



จำนวนเงิน 42,319,912 บาท แบ่งเป็น ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 จำนวน 16 โครงการ (ร้อยละ 1.65 ของ คก.ทั้งหมด) จำนวนเงิน 385,290 บาท (ร้อยละ 0.91 ของเงินทั้งหมด) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 จำนวน 10 โครงการ (ร้อยละ 1.03 ของ คก.ทั้งหมด) จำนวนเงิน 175,850 บาท (ร้อยละ 0.42 ของเงินทั้งหมด) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 จำนวน 358 โครงการ (ร้อยละ 36.87 ของ คก.ทั้งหมด) จำนวนเงิน 11,975,948 บาท (ร้อยละ 28.30 ของเงินทั้งหมด) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 จำนวน 329 โครงการ (ร้อยละ 33.88 ของ คก.ทั้งหมด) จำนวนเงิน 8,395,204 บาท (ร้อยละ 19.84 ของเงินทั้งหมด) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 จำนวน 50 โครงการ (ร้อยละ 5.15 ของ คก.ทั้งหมด) จำนวนเงิน 8,569,270 บาท (ร้อยละ 20.25 ของเงินทั้งหมด) และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 จำนวน 208 โครงการ (ร้อยละ 21.42 ของ คก.ทั้งหมด) จำนวนเงิน 12,818,350 บาท (ร้อยละ 30.29 ของเงินทั้งหมด)

1.2.4 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าด้านจำนวนงบประมาณ/โครงการของกองทุนประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประเภทกิจกรรม แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2565 ที่ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ผู้การปฏิบัติในระดับตำบล พบว่า จำนวนงบประมาณโครงการของกองทุนประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ผู้การปฏิบัติในระดับตำบล แยกตามประเภทกิจกรรมประเภทที่ 1-5 รวมทั้งจังหวัดเป็นจำนวน 80,428,588 บาท จำนวนโครงการ 4,081 โครงการ แบ่งเป็น ประเภทที่ 1 สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข จำนวนเงิน 20,074,973 บาท (ร้อยละ 24.96 ของเงินทั้งหมด) ประเภทที่ 2 สนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น จำนวนเงิน 37,888,315 บาท (ร้อยละ 47.11 ของเงินทั้งหมด) ประเภทที่ 3 สนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ จำนวนเงิน 7,745,530 บาท (ร้อยละ 9.63 ของเงินทั้งหมด) ประเภทที่ 4 สนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ จำนวนเงิน 9,523,647 บาท (ร้อยละ 11.84 ของเงินทั้งหมด) และ ประเภทที่ 5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ จำนวนเงิน 5,196,123 บาท (ร้อยละ 6.46 ของเงินทั้งหมด)

1.2.5 การเตรียมบุคลากรในการนำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 ผู้การปฏิบัติโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.38 (S.D. = 0.77)

1.3 ผลการประเมินกระบวนการ ดังนี้ (1) การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติระหว่างจังหวัดกับอำเภอ ความเข้าใจและการนำไปดำเนินการในขั้นตอนของการแปลงแผนไปสู่การดำเนินงานในระดับปฏิบัติการ ในขั้นตอนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติระหว่างจังหวัดกับอำเภอ ภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.46 (S.D. = 0.56) (2) การถ่ายทอดนโยบายสู่ปฏิบัติของหน่วยงาน ความเข้าใจและการนำไปดำเนินการในขั้นตอนของการแปลงแผนไปสู่การดำเนินงานในระดับปฏิบัติการ ในขั้นตอนการถ่ายทอดนโยบายสู่ปฏิบัติของหน่วยงาน ภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.47 (S.D. = 0.58) (3) การนิเทศ การควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน ความเข้าใจและการนำไป



ดำเนินการในขั้นตอนของการแปลงแผนไปสู่การดำเนินงานในระดับปฏิบัติการ ในขั้นตอนการนิเทศการควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน ภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50 (S.D.= 0.61)

2. ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

2.1 ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม รายประเด็นยุทธศาสตร์ พบว่า คะแนนประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดปี 2565 ภาพรวม 6 ยุทธศาสตร์ มีค่าเท่ากับ 4.05 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชนชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าเท่ากับ 3.66 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับ ร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี ผู้การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน มีค่าเท่ากับ 5.00 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีค่าเท่ากับ 4.04 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าเท่ากับ 3.93 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศไม่มีตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีค่าเท่ากับ 4.47 (ระดับดีมาก)

2.2 ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม รายแผนงานหลัก พบว่า แผนงานหลักที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน เท่ากับ 3.66 (ระดับดี) แผนงานหลักที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี ผู้การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน เท่ากับ 5.00 (ระดับดีมาก) แผนงานหลักที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) เท่ากับ 4.05 (ระดับดีมาก) แผนงานหลักที่ 4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เท่ากับ 4.96 (ระดับดีมาก) แผนงานหลักที่ 5 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เท่ากับ 3.13 (ระดับดี) แผนงานหลักที่ 7 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เท่ากับ 3.75 (ระดับดี) แผนงานหลักที่ 8 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เท่ากับ 3.72 (ระดับดี) แผนงานหลักที่ 9 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ เท่ากับ 3.88 (ระดับดี) แผนงานหลักที่ 10 การพัฒนาโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ เท่ากับ 3.85 (ระดับดี) แผนงานหลักที่ 11 อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย เท่ากับ 4.47 (ระดับดีมาก) แผนงานหลักที่ 13 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ เท่ากับ 4.85 (ระดับดีมาก) แผนงานหลักที่ 15 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ เท่ากับ 4.24 (ระดับดีมาก) แผนงานหลักที่ 16 การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ เท่ากับ 4.31 (ระดับดีมาก) สำหรับแผนงานหลักที่ 6, 12, 14 และ 17 ไม่มีตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล

2.3 ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ผลการดำเนินของตัวชี้วัดเทียบเป้าหมาย พบว่า ตัวชี้วัดหลักจำนวน 21 ตัว (1) มีผลการ



ประเมินน้อยกว่า 3 คะแนน (ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย) จำนวน 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 4.76) (2) มีผลประเมินตั้งแต่ 3-3.999 คะแนน (ระดับดี) จำนวน 7 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.33) (3) มีผลการประเมิน 4-5 คะแนน (ระดับดีมาก) จำนวน 13 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 61.91) หากพิจารณาตัวชี้วัดย่อยที่มีจำนวน 70 ตัว พบว่า (1) มีผลการประเมินน้อยกว่า 3 คะแนน (ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย) จำนวน 12 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 17.15) (2) มีผลประเมินตั้งแต่ 3-3.999 คะแนน (ระดับดี) จำนวน 19 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 27.14) (3) มีผลการประเมิน 4-5 คะแนน (ระดับดีมาก) จำนวน 39 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 55.71)

2.4 ผลการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) พบว่า คะแนนประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2565 รายเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ (1) คะแนนสูงสุดที่ CUP เขียวเงิน (4.38/ระดับดีมาก) (2) รองลงมา คือ นาเชือก (4.26/ระดับดีมาก) และต่ำที่สุด คือ เมือง (3.84/ระดับดี)

2.5 ความสัมพันธ์ของการเตรียมความพร้อมที่ดีในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการกับผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดของระดับอำเภอ พบว่า การเตรียมความพร้อมที่ดีในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดของระดับอำเภอ ของปี 2565 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)

3. ผลการประเมินปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัญหาเรียงลำดับ ดังนี้ (1) กรอบเวลาในการจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงาน (จังหวัดและอำเภอ) ลำช้า โดยต้องเสร็จเรียบร้อยภายในไตรมาสที่ 1 ภายในเดือนธันวาคมของปีงบประมาณนั้นๆ โดยเฉพาะระดับตำบลส่วนใหญ่จะเสร็จเรียบร้อยในต้นไตรมาสที่ 2 (2) กรอบเวลาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ลำช้า โดยต้องเสร็จเรียบร้อยก่อนเริ่มปีงบประมาณนั้นๆ (3) กรอบเวลาในการดำเนินงานตามโครงการมีน้อยประมาณมีแค่ 4-6 เดือน และมีผลต่อการใช้งบประมาณไม่หมดตามโครงการ (4) กรอบเวลาการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ยังไม่ครบ 12 เดือน โดยใช้ผลงานสะสมจำนวน 11 เดือนเท่านั้น (5) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เป็นการวัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ในบางตัวยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ในรอบปีเดียว (6) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เป็นการวัดกระบวนการดำเนินงานในบางตัวที่วัดกระบวนการง่ายเกินไปทำให้ไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานได้อย่างชัดเจน (7) กระบวนการวัดผลงานตามตัวชี้วัด เป็นกระบวนการที่มีความยุ่งยาก ต้องใช้การทำงานร่วมกันเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพสูง และต้องใช้เวลามากในการดำเนินการซึ่งการประเมินผลทั้งหมดจะใช้เวลา 1 วันต่อ 1 เครือข่ายบริการ ทำให้บางกระบวนการไม่สามารถสอบถามผลได้อย่างครบถ้วน ครบกลุ่มได้โดยละเอียด (8) การประเมินผลตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์หลักต้องยึดกรอบตัวชี้วัดผลลัพธ์หลักให้ต่อเนื่องในระยะ 5 ปี เพื่อดูแนวโน้มของผลลัพธ์นั้น



อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 พบว่า ผลประเมินการกำหนดนโยบายของระดับจังหวัดและอำเภอ ภาพรวมผลประเมินการดำเนินการอยู่ที่ระดับสูง ผลประเมินความสอดคล้องของแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและระดับจังหวัดและความครบถ้วนของตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและระดับจังหวัด พบว่า โดยรวมอยู่ที่ระดับสูง ผลประเมินการเตรียมองค์กร พบว่า โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้จัดทำแผนโดยการมีส่วนร่วมของระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และผ่านการให้ข้อเสนอของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของระดับจังหวัดและระดับอำเภอก่อนการประกาศใช้และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดสู่การปฏิบัติการในระดับอำเภออย่างเข้มข้น รวมทั้งชี้แจงระบบนิเทศ ระบบประเมินผลตามมาเป็นลำดับ และมีคู่มือการดำเนินงานที่กำหนดแนวปฏิบัติการของนโยบาย การควบคุมกำกับ และแนวทางสำหรับการปฏิบัติในระดับอำเภอและตำบล โดยในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดสู่การปฏิบัติการในระดับอำเภอ กำหนดให้ถ่ายทอดการดำเนินงานในรูปแบบ 17 แผนงานหลักอย่างชัดเจน และเมื่อประเมินปัจจัยนำเข้าด้านแผนปฏิบัติการและงบประมาณดำเนินการ พบว่า ในปี 2565 รวมทั้งหมดใน 17 แผนงานหลักมีทั้งหมด 1,094 โครงการ และแผนปฏิบัติการและงบประมาณดำเนินการของกองทุนประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดมหาสารคามทั้งหมด 4,081 โครงการ เพราะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดสู่การปฏิบัติการในระดับอำเภอ กำหนดให้ถ่ายทอดการดำเนินงานในรูปแบบแผนงานทั้ง 17 แผนงานหลักพร้อมทั้งกำหนดแหล่งงบประมาณที่ชัดเจนว่า แผนงานใดสามารถขอสนับสนุนงบประมาณทำแผนปฏิบัติการได้จากงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกองทุนประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ด้านการเตรียมบุคลากร การเตรียมบุคลากร พบว่า โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง เพราะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดสู่การปฏิบัติการในระดับอำเภอ กำหนดให้ถ่ายทอดการดำเนินงานในรูปแบบแผนงานทั้ง 17 แผนงาน และกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ผลการประเมินกระบวนการ ประกอบด้วย การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติระหว่างจังหวัดกับอำเภอ ความเข้าใจและการนำไปดำเนินการในขั้นตอนของการแปลงแผนไปสู่การดำเนินงานในระดับปฏิบัติการ พบว่า การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติระหว่างจังหวัดกับอำเภอภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง และการถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานภาพรวมอยู่ในระดับสูง ด้านการนิเทศ/การควบคุมกำกับการดำเนินงาน/ความเข้าใจ และการนำไปดำเนินการในขั้นตอนของการแปลงแผนไปสู่การดำเนินงานในระดับปฏิบัติการภาพรวมอยู่ในระดับสูง เป็นเพราะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดสู่การปฏิบัติการในระดับอำเภอได้กำหนดให้ถ่ายทอดในรูปแบบแผนงานทั้ง 17 แผนงานหลัก โดยจัดทำอย่างเป็นระบบ คือ จังหวัดถ่ายทอดกับระดับอำเภอแล้วอำเภอถ่ายทอดกับระดับตำบลและจังหวัดมีคู่มือนิเทศงานตาม



แนวทาง 17 แผนงานหลัก การควบคุมกำกับผลงานในการนิเทศและการเสนอที่ประชุม กวป. และกำหนดให้มีระบบการประเมินผลการดำเนินงานเมื่อใกล้สิ้นปีงบประมาณ โดยจะนำผลการประเมินผลการดำเนินงานไปสัมพันธ์กับการจัดสรรงบประมาณเพื่อเลื่อนเงินเดือนของข้าราชการของอำเภอด้วย ซึ่งกรอบของการประเมินแผนยุทธศาสตร์ของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับกรอบของการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2566)⁽¹⁷⁾

2. ผลการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ภาพรวมจังหวัดในหกประเด็นยุทธศาสตร์ ผลการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 รายประเด็นยุทธศาสตร์ พบว่า ภาพรวมจังหวัดในหกประเด็นยุทธศาสตร์จำนวนตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล จำนวน 21 ตัวชี้วัดหลัก มีค่าคะแนนประเมินผลการดำเนินงานเฉลี่ย 4.05 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี ผู้การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5.00 รองลงมาเป็นยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.47 ลำดับสามเป็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.04 ลำดับสี่เป็นยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.93 ลำดับห้าคือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.66 สำหรับยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ ปี 2565 ไม่กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลแต่ใช้การกำกับติดตามในระบบงานปกติของกลุ่มงานที่รับผิดชอบ ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามของวิจัยนี้มีตัวชี้วัดหลัก ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 4.76) จากทั้งหมด 21 ตัว และตัวชี้วัดย่อย ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 12 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 17.15) จากทั้งหมด 70 ตัว โดยสอดคล้องกับการประเมินผลลัพธ์ของการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2566)⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ตัวชี้วัดที่สะท้อนความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขระยะแรก บรรลุเป้าหมายเพียงร้อยละ 40.7 และยังไม่บรรลุเป้าหมายถึง ร้อยละ 59.3 ซึ่งจะต้องทำข้อเสนอการดำเนินงานในรอบปีต่อไป

3. ผลการประเมินปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ที่เรียงลำดับแล้ว ดังนี้ (1) กรอบเวลาในการจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงาน (จังหวัดและอำเภอ) ลำช้า (2) กรอบเวลาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ลำช้าโดยต้องเสร็จเรียบร้อยก่อนเริ่มปีงบประมาณนั้นๆ (3) กรอบเวลาในการดำเนินงานตามโครงการมีน้อยประมาณมีแค่ 4-6 เดือน และมีผลต่อการใช้งบประมาณไม่หมดตามโครงการ (4) กรอบเวลาการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ยังไม่ครบ 12 เดือน (5) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เป็นการวัดผลลัพธ์การดำเนินงานในบางตัวยังไม่สามารถ



บรรลุเป้าหมายได้ในรอบปีเดียว (6) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เป็นการวัดกระบวนการดำเนินงานในบางตัววัดกระบวนการที่ง่ายเกินไปทำให้ไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานได้อย่างชัดเจน (7) กระบวนการวัดผลงานตามตัวชี้วัดเป็นกระบวนการที่มีความยุ่งยาก ต้องใช้การทำงานร่วมกันเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพสูง และต้องใช้เวลามากในการดำเนินการประเมินผลที่อาจไม่เสร็จในวันเดียว (8) การประเมินผลตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์หลักต้องยึดกรอบตัวชี้วัดผลลัพธ์หลักให้ต่อเนื่องในระยะ 5 ปี เพื่อคูนวโน้มของผลลัพธ์นั้น โดยปัญหาทั้งหมดจังหวัดจะนำไปสู่การพัฒนาและยกระดับการดำเนินงานในรอบการวางแผนยุทธศาสตร์หน่วยงานในปี 2566 ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2566)⁽¹⁷⁾ ที่เสนอให้ถอดตัวชี้วัดออกจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลได้หรือไม่มีการวัดผลงานและไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด (กลุ่มงาน) และระดับ CUP ต้องวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อทบทวน/ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์
2. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด (กลุ่มงาน) และระดับ CUP ต้องวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อเพิ่มกลยุทธ์การดำเนินงานยกระดับตัวชี้วัดที่มีผลการประเมินในระดับดีให้เป็นระดับดีมากและเพิ่มกลยุทธ์การดำเนินงานยกระดับตัวชี้วัดที่มีผลการประเมินในระดับดีมากให้เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และเกิดนวัตกรรมในรอบปีถัดไป
3. จังหวัด และ CUP ต้องเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการวางแผน การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติเพื่อลดปัญหาการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกับกรอบเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ (1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (2) ผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม (3) ผู้บริหารสาธารณสุขระดับกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (4) ผู้ประสานแผนงานในระดับกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 14 กลุ่มงาน (5) ผู้ประสานแผนงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) 13 แห่ง ที่ร่วมดำเนินการและให้ข้อมูล



เอกสารอ้างอิง

1. วัฒนา วัฒนพงศ์. ระบบการวางแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการแบบองค์รวม. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2545; 42(17).
2. ประชุม รอดประเสริฐ. นโยบายและการวางแผน หลักการและทฤษฎี. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์; 2535.
3. สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.. การจัดการงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อาทิตย์ โพรดักส์ กรุ๊ป; 2546.
4. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รูปแบบการประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; มปป.
5. ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. การบริหารเชิงกลยุทธ์และกรณีศึกษา ฉบับมาตรฐาน. กรุงเทพฯ: ซีระฟิล์มและไซเท็กซ์; 2542.
6. สุพจน์ ทราบแก้ว. การจัดการภาครัฐแนวใหม่. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนา; 2545.
7. พวงรัตน์ เกษรแพทย์. การวางแผนกลยุทธ์สำหรับนักการศึกษา. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2543.
8. ทิพาดี เมฆสวรรค์. กล้าคิด กล้าทำ กล้านำ กล้าเปลี่ยน. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท; 2544.
9. สมชาย ภคภาสน์วิวัฒน์. กลยุทธ์การแข่งขันของธุรกิจ. กรุงเทพฯ: มติชน; 2544.
10. เขียวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
11. กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560. (2560, 14 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure : SOP) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2554.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี 2565สู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2565. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2565.
14. Stufflebeam, Daniel L. The Relevance of the CIPP Evaluation Model for Educational Accountability. Atlantic City: N.J.; 1971.
15. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า. มหาสารคาม: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2535.



16. สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตย์พรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553.
17. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.



การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ของชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

SELF-CARE TO PREVENT TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION IN BAN SIEW COMMUNITY, NONG PA PAK SUBDISTRICT, SI CHIANG MAI DISTRICT, NONG KHAI PROVINCE

Received: February 12, 2023

Revised: June 25, 2023

Accepted: August 10, 2023

คมสัน อยู่เย็น^{1*}, พิมพิสุทธิ แก้วบุญ¹, นิภาพร แสนชนะ¹,

สุวรรณ กาละพันธ์¹, ภักวาลย์ พินิจมนตรี¹, สุวัฒน์พงษ์ ศรีบุคค¹

Khomsan Yooyen^{1*}, Phimphisut Kaewbun¹, Nipaporn Saenchana¹,

Suwanna kalaphan¹, Phakwalan Pinijmontree¹, Suwattanapong Sribudda¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก จำนวน 375 คน การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาพฤติกรรม และทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า การดูแลตนเองของชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.00 มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองช่วยป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 72.80 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.56)

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ระดับความรู้ที่ดีขึ้นจะสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.578$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคความดันโลหิตสูง

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ วิทยาลัยพิจัยบัณฑิต

1Department of Community Public Health, Faculty of Science, Pichayabundit College

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



Abstract

The research objective was performed studies to self-care and factors associated with the prevention in type 2 diabetes mellitus and hypertension of people in Ban Siew community, NongPla Pak sub-district, Si Chiang Mai District Nong Khai Province. The samples were collected 375 peoples and stratified sampling. The data collection was performed by use questionnaire and statistically was analyzed with Pearson's correlation coefficient.

The results had showed moderate knowledge approximately 48 % of type 2 diabetes and hypertension included 72.80 % highly showed self-care attitude and self-care behavior for prevention of type 2 diabetes and hypertension, it has a high level (mean = 3.63).

The results of the correlation analysis between knowledge and self-care preventive behaviors in Ban Siew community, Nong Pla Pak sub-district. Si Chiang Mai District Nong Khai Province for type 2 diabetes and hypertension. It was found knowledge of type 2 diabetes and hypertension positively correlation trend with self-care behaviors to prevent type 2 diabetes and hypertension. Therefore, highly of knowledge is associated with positive behavior statistically significant at the 0.05 level, with a moderate correlation ($r = 0.578$).

Keywords: Self-care behaviors, Type 2 diabetes mellitus, Hypertension



บทนำ

ปัจจุบันโรคเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น จากการรายงานการศึกษาถึงปัจจัยการเกิดโรคเรื้อรัง พบว่า มีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของระบบการเผาผลาญของร่างกาย ความผิดปกติของฮอร์โมนต่างพันธุกรรม และการเสื่อมสภาพของร่างกาย รวมถึงพฤติกรรม การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ รวมถึงภาวะความเครียด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ มีผลทำให้เกิดโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ ที่พบรายงานในประเทศไทยมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคอ้วนลงพุง และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต รวมทั้งรักษาที่ใช้เวลานานส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูงขึ้นในภาพรวมของประเทศไทย⁽¹⁾

พฤติกรรมการบริโภคของคนไทยในปัจจุบัน พบว่า มีค่านิยมรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป เนื่องด้วยความสะดวกในชีวิตประจำวัน และยังพบว่า มีพฤติกรรมชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ที่สูงขึ้น รวมถึงการรับประทานอาหารเกินจำนวนมื้อที่ต้องการ

ในปี 2562 จากการรายงานของกรมควบคุมโรค พบว่า คนไทยมีการบริโภคน้ำตาลทราย 2.5-2.6 ล้านตันต่อปี คนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลทรายเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง⁽²⁾ นอกจากนี้ ยังมีรายงานการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ที่สูงขึ้น จากปัจจัยดังกล่าว ทำให้เกิดโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง

ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายลดการเกิดโรคเรื้อรัง และมีเป้าหมายให้มีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่⁽³⁾ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 11 ในประเทศไทยใช้กับรักษาโรคเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานมีค่าใช้จ่ายในการรักษารวมค่าใช้จ่าย 3,984 ล้านบาท ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นได้แก่ โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ^(4,5) ดังนั้น จุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ และทำให้เกิดแรงขับเคลื่อนด้านสุขภาพของคนในชุมชนให้มีสุขภาพที่แข็งแรงส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย เป็นชุมชนเกษตรกรรม ปลูกพืชผัก ผลไม้ การรับประทานผลไม้ในชุมชน โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสหวานจัดก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้ ดังนั้น จึงทำให้เกิดการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นระดับปฐมภูมิ และสะท้อนถึงภาวะสุขภาพ ทำให้ทราบแนวโน้มของพฤติกรรม และการป้องกันตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชน นำไปสู่การส่งเสริมด้านสุขภาพแบบองค์รวมของคนในชุมชน และก่อให้เกิดการร่วมมือกับหน่วยงานด้านสุขภาพในระดับชุมชน



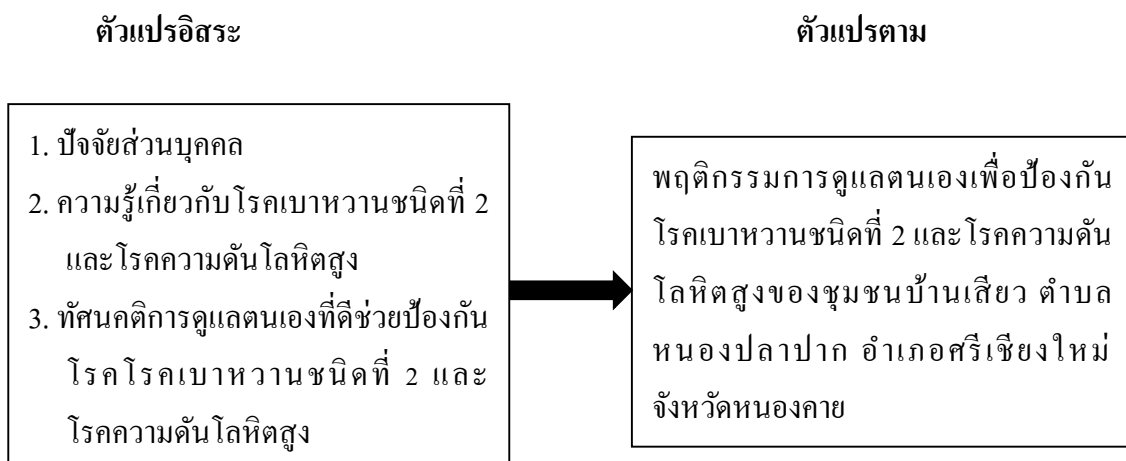
ส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เชื่อมโยงไปถึงกิจกรรมด้านสุขภาพ เพื่อผลักดันให้เกิดชุมชนสุขภาพดีตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังเริ่มต้นในชุมชนจนไปถึงภาพรวมของประเทศลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการมีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มากำหนดในการเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยศึกษาการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง



สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ที่มีอายุระหว่าง 35-50 ปี จำนวน 375 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีอายุระหว่าง 35-50 ปี รวมจำนวนประชากรทั้งหมด 474 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาด้วยการใช้สูตรของ Yamane Taro (1976)⁽⁶⁾

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

ดังนั้น ในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 217 ตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างสำรองไว้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลเป็นจำนวนทั้งสิ้น 375 ราย และได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนในการศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ โดยการลำดับหมายเลขให้แก่สมาชิกทุกหน่วยของประชากรทั้งหมด แล้วหาอัตราส่วนในการสุ่ม จำนวนประชากรทุกๆ 2 คน จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง โดยเครื่องถูกสร้างขึ้นใหม่ให้มีความเหมาะสมในการเก็บข้อมูล มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และทดลองใช้แบบสอบถาม (Try out) กับ



ประชาชนที่มีลักษณะคล้ายกันก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล แบบสอบถาม โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปลักษณะบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบด้วยตัวเอง จำนวน 6 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส สำเร็จการศึกษาสูงสุด และรายได้รวมครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert)⁽⁷⁾ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามแบบเลือกตอบด้วยตัวเอง จำนวน 10 ข้อ การแปลผลแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป	ร้อยละ 80-100
ความรู้ระดับปานกลาง 5-7 คะแนน	ร้อยละ 60-79
ความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่า 5 คะแนน	ร้อยละ 0-59

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามแบบตอบด้วยตัวเอง จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 4 ข้อ คำถามเชิงลบ 11 ข้อ และนำคะแนนเฉลี่ยรายข้อ และรายด้านเทียบกับเกณฑ์ เพื่อหาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาได้ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และได้ถูกนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรง (Content Validity) โดยคำนวณหาค่า IOC คัดเลือกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 เป็นต้นไป เป็นข้อที่นำไปใช้ ทำการทดลองใช้แบบสอบถาม (Try out) กับประชาชนที่มีอายุระหว่าง 35-50 ปี ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านหม้อ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และวิเคราะห์แบบสอบถามโดยวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.900 ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) เสนอข้อมูลเป็นตาราง วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดัน



โลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง โดยการหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชนบ้านเลี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยหาค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมวิจัย ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลในเชิงลบต่อผู้ที่เข้าร่วมการศึกษา โดยมีได้อันจะส่งผลต่อสภาพจิตใจ หรือการละเมิดต่อสิทธิเสรีภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลวิจัยโดยภาพรวมไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้รับการพิจารณา โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักวิจัยและบริการวิชาการวิทยาลัยพณิชยบัณฑิต หนังสือรับรองเลขที่ 8/2565 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในวันที่ 20 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเลี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จากข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 55.73 และเป็นเพศชาย จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 44.27 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 46-50 ปี จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 50.40 และช่วงอายุที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 35-45 ปี จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 49.60 อยู่ในสถานภาพสมรส จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 63.73 รองลงมา คือ สถานภาพโสด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 21.07 และน้อยที่สุด คือ สถานภาพหย่า จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.20 ในส่วนข้อมูลของระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 48.27 รองลงมา คือ ประถมศึกษา จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00 และน้อยที่สุด คือ ปริญญาโท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.80 นอกจากนี้ ยังพบว่า มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมา คือ อ้วน จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 25.33 และน้อยที่สุด คือ อ้วนมาก จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.74 รายได้รวมครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 47.20 รองลงมา คือ 10,000-15,000 บาท จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 30.13 และน้อยที่สุด คือ น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 375 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	166	44.27
หญิง	209	55.73
ช่วงอายุ		
35-5 ปี	186	49.60
46-50 ปี	189	50.40
สถานะ		
โสด	79	21.07
สมรส	239	63.73
ม่าย	45	12.00
หย่า	12	3.20
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	105	28.00
มัธยมศึกษา	181	48.27
ประกาศนียบัตร	72	19.20
ปริญญาตรี	14	3.73
ปริญญาโท	3	0.80
รายได้รวมครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	30	8.00
5,000-10,000 บาท	177	47.20
10,000-15,000 บาท	113	30.13
มากกว่า 15,000 บาท	55	14.67
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
ผอม	56	14.93
ปกติ	210	56.00
อ้วน	95	25.33
อ้วนมาก	14	3.74



เมื่อทำการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดีช่วยป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 72 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดีมีผลต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2 และเมื่อทำการประเมินระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสียว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 34.40 และน้อยที่สุดมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 66 คิดเป็นร้อยละ 17.60 ดังตารางที่ 3

ในส่วนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสียว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย แบ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.56, S.D. = 1.06) และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรับประทานผักชนิดต่างๆ เช่น ผักบุ้ง กระถิน ตำลึง แครอท ฟักทอง และเมื่อท่านเครียดท่านได้จัดการกับความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง หางานอดิเรกทำ และทำสมาธิ รองลงมา คือ ท่านควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน โดยเฉพาะอาหารหวาน และอาหารมัน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที ในส่วนของพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 3.70, S.D. = 0.99) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรับประทานอาหารถึงสำเสร็จรูป เช่น บะหมี่ ก๋วยเตี๋ยว และท่านรับประทานขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิเนย หรือครีม เช่น เค้ก ไอศกรีม พิซซ่า รองลงมา คือ ท่านรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ลำไย ขนุน มะขามหวาน ซึ่งแปลผลพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดีช่วยป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสียว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ป้องกันโรค	273	72.80
ไม่ป้องกันโรค	102	27.20



ตารางที่ 3 ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

ระดับความรู้	ระดับคะแนน	ร้อยละ
ระดับสูง	คะแนนร้อยละ 80–100	66
ระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ 60–79	180
ระดับต่ำ	คะแนนร้อยละ 0–59	129

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	S.D.	แปลผล
1) ท่านรับประทานอาหาร ประเภทขนมหวาน น้ำอัดลม	3.38	0.87	น้อย
2) ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม รสจัด	3.29	0.94	ปานกลาง
3) ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อยวันละ 30 นาที	3.08	1.01	ปานกลาง
4) ท่านมักสูบบุหรี่เพื่อจัดการความเครียด	3.33	1.13	ปานกลาง
5) ท่านรับประทานอาหาร ประเภทอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู อาหารประเภททอด	3.54	1.02	น้อย
6) ท่านรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เมื่อหิวจึงรับประทาน	3.33	1.06	ปานกลาง
7) เมื่อท่านเครียดท่านได้จัดการกับความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ฟังเพลง หางานอดิเรกทำ และทำสมาธิ	3.75	1.05	มาก
8) ท่านควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน โดยเฉพาะอาหารหวานและอาหารมัน	3.43	1.35	มาก
9) ท่านมักรับประทานข้าวเหนียว	3.82	1.11	น้อย
10) ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ไข่เค็ม น้ำปลา ปลาร้า น้ำปู	3.75	1.14	น้อย
11) ท่านดื่มกาแฟ ชา หรือโอเลี้ยง	3.98	0.84	น้อย



พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	S.D.	แปลผล
12) ท่านรับประทานอาหารถึงสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	3.99	0.98	น้อย
13) ท่านรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วง สูก ทุเรียน ลำไย ขนุน มะขามหวาน	3.88	0.93	น้อย
14) ท่านรับประทานขนมที่มีส่วนประกอบของ กะทิเนยหรือ ครีม เช่น เค้ก ไอศกรีม พิชซ่า	3.93	0.89	น้อย
15) ท่านรับประทานผักชนิดต่างๆ เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง แครอท ฟักทอง	3.99	0.84	มาก
เฉลี่ยรวมพฤติกรรมดูแลตนเองเชิงลบ	3.70	0.99	น้อย
เฉลี่ยรวมพฤติกรรมดูแลตนเองเชิงบวก	3.56	1.06	มาก

ผลการวิเคราะห์การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกับการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชนบ้านเสี้ยว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นระดับความรู้ที่ดีขึ้นจะสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.578$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้โรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมดูแล ตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2	0.578	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05



อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสียว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มากกว่าร้อยละ 65 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และมาก เนื่องมาจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่อง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง และทั่วถึง จึงทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ชุมชนบ้านเสียวมากกว่าร้อยละ 50 มีระดับทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองช่วยป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงได้ รวมถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านเสียว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.63, S.D. = 0.47) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชนบ้านเสียว ตำบลหนองปลาปาก อำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ระดับความรู้ที่ดีขึ้นจะสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.578$) การมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพร อยู่ปาน และคณะ (2558)⁽⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หากได้รับความรู้ที่ถูกต้องจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น และควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และการศึกษาของลักษณะ พงษ์ภุมมา และคณะ (2560)⁽⁹⁾ พบว่า การมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แสดงให้เห็นว่า การที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ อร่าม อามีระ และคณะ (2561)⁽¹⁰⁾ พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตาม และการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดี หรือทัศนคติที่ไม่ดี

สรุปผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ถึงแม้ว่าในภาพรวมยังพบประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ หากประชากรในชุมชนได้รับความรู้มากขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญไม่ว่าจะเป็นการจัดการอบรมจากหน่วยงานสาธารณสุข การลงชุมชนเยี่ยมบ้าน และการตรวจคัดกรอง



เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ สิ่งนี้ก็จะเป็เครื่องมือที่สำคัญ และสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงลงได้ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในภาพรวมของชุมชนและประเทศลงได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการออกแบบการศึกษาควบคุมการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และข้อจำกัดต่างๆ ของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยกนัน, นิรชร ชูดีพัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3(1): 110-128.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ปี 2562. <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13865&tid=&gid=1-015-005>
3. ณิชารีย์ ใจคำวัง. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากกะยาง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต 2558; 3(2): 173-184.
4. วัชรภรณ์ นาพิกุล, ลำไพพร แทนสา, สุรภา พิลานอน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563; 2(1): 76-90.
5. Harding JL, Pavkov ME, Magliano DJ, Shaw JE, Gregg EW. Global trends in diabetes complications: a review of current evidence. Journal of Diabetologia 2019; 62: 3-16.
6. Yamane Taro. Statistics and introduction analysis 1976 (2nd ed). New York: Harper and Row.
7. Vagias WM. Likert-type scale response anchors. Clemson International for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management. Clemson University 2006; 7-8.



8. ณัฐพร อยู่ปาน, พัชรี ดวงจันทร์, พนิดา แจ่มผล. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2558; 10(1): 10-18.
9. ลักษณา พงษ์กุ่มมา, ศุภรา หิมานันโต. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ 2560; 20(40): 67-76.
10. อร่าม อามีเราะ, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรู้และทัศนคติที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลเกาะสะทอน อำเภอดงไจ้ จังหวัดนราธิวาส. วารสาร วิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช 2561; 37(1): 38-49.



ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารที่มีผลต่อการดำเนินงาน สุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ADMINISTRATIVE FACTORS AND PARTICIPATION OF FOOD SANITATION AFFECTING THE PERFORMANCE OF FOOD SANITATION ON PUBLIC HEALTH OFFICERS AT SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN KALASIN PROVINCE

Received: April 15, 2023

Revised: June 08, 2023

Accepted: July 01, 2023

ปณณดา มุลศรี¹, นพรัตน์ เสนาหา^{2*}, นครินทร์ ประสิทธิ์², สุรัชชัย พิมหา³
Punnada Moolsri¹, Nopparat Senahad^{2*}, Nakarin Prasit², Surachai Phimha³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 134 คน จากประชากร 156 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย = 3.61 (S.D.= 0.66) ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร และภาพรวมการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.739$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.833$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์การมีส่วนร่วมในด้านการติดตามและประเมินผล และปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหาร ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Master Student, Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Lecturer, Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Assistant Professor, Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: Noppse@kku.ac.th



การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 80.7 ($R^2 = 0.807$, $p\text{-value} < 0.001$) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในงาน สุขาภิบาลอาหาร ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีทักษะ และมีแรงจูงใจในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร, การมีส่วนร่วม, สุขาภิบาลอาหาร

Abstract

This Cross-Sectional Descriptive Research aimed to study Administrative Factors and Participation of Food Sanitation Affecting the Performance of Food Sanitation on Public Health Officers at Sub-District Health Promoting Hospitals in Kalasin Province. The sample were 134 personnel with randomly selected by Simple Random Sampling techniques from 156 of population and In-depth interview guidelines for the qualitative data from 12 key informants. Data analysis by use computer program for data analysis was performed by descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient Stepwise Multiple Linear Regression Analysis. The result showed that the performance of food sanitation in public health officers at sub-district health promoting hospitals province was high level with averages of 3.61 (S.D. = 0.66). The administrative factors and participation of food sanitation had a statistically significant high relationship with the performance of food sanitation in public health officers at sub-district health promoting hospitals in Kalasin Province ($r = 0.739$, $p\text{-value} < 0.001$ and $r = 0.833$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively. Finally, Two variable of participation factors; participation in receiving benefits and assessment participation and one variables of administrative; management that were affected and could jointly predict the performance of food sanitation on public health officers at sub-district health promoting hospitals in Kalasin province at 80.7 percentage ($R^2 = 0.807$, $p\text{-value} < 0.001$). Should Participation of food sanitation be encouraged. To Public Health Officers at Sub-District Health Promoting Hospitals to have skills and motivation in food sanitation operations.

Keywords: Administrative Factors, Participation, Sanitation Food



บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุแผนที่สำคัญเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและความปลอดภัยด้านอาหารอยู่ในยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ด้านที่ 1 คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) ในปี 2565 มีเป้าหมายที่สำคัญคือ ทั้ง 76 จังหวัด มีต้นแบบสถานประกอบการด้านอาหารในแหล่งท่องเที่ยวและเป็นไปตามมาตรฐาน อาศัยกระบวนการในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ผู้สัมผัสอาหาร 2) ด้านการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหาร 3) ด้านกระบวนการรื้อเรียนสถานประกอบการ 4) ด้านการสื่อสารสาธารณะ⁽¹⁾ และการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถือเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับมาก^(2,3)

กลไกสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร บรรลุตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ รวมถึงกลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงาน เพื่อเชื่อมประสานให้หน่วยงานทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนางานให้มีการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ซึ่งในแต่ละด้านของการดำเนินงานต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการอย่างเป็นพลวัต ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านกระบวนการบริหาร 5) ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน 6) ด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง⁽⁴⁾ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยทางการบริหารนั้น มีผลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^(5,6)

นอกจากปัจจัยทางการบริหารยังมีอีกกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารให้ประสบผลสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ก่อให้เกิดพลังในการดำเนินงาน เนื่องจากกำลังคนเป็นส่วนที่ช่วยขับเคลื่อนให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถือเป็นบุคคลที่สำคัญในการสนับสนุน ชักนำ ให้เกิดภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน รวมถึงการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งในการดำเนินงานต้องอาศัยภาคีเครือข่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์⁽⁷⁾ และ 6) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ⁽⁸⁾ การดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยการร่วมมือร่วมใจให้ประสบผลสำเร็จ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีส่วนร่วมมีผลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^(9,10)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้นำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเข็มทิศในการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ซึ่งมีพันธกิจร่วมกันในการ



บริหารจัดการระบบสุขภาพด้วยธรรมาภิบาล ภายใต้การมีส่วนร่วมของหุ้นส่วนสุขภาพ งานอาหารปลอดภัย เป็นงานที่ต้องขับเคลื่อนร่วมกันทุกภาคส่วน เพื่อให้การดำเนินงานลุล่วงตามเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถือเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนให้งานอาหารปลอดภัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 156 แห่ง มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 890 คน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 156 คน⁽¹¹⁾ ซึ่งงานสุขภาพอาหารจัดเป็นส่วนหนึ่งในงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยการดำเนินงานสุขภาพอาหารในระดับตำบลถือเป็นองค์กรด่านหน้าในการดำเนินงาน เนื่องจากต้องทำงานเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เอกชน เข้ามามีส่วนในการดำเนินงาน รวมถึงการสนับสนุนองค์ความรู้ การสื่อสารสาธารณะที่ถูกต้อง การเฝ้าระวัง และการจัดการเรื่องร้องเรียน เพื่อให้ชุมชน สถานที่จำหน่ายอาหาร โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงแหล่งผลิตในชุมชนได้รับการพัฒนาในด้านความปลอดภัยของอาหารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น ซึ่งในการดำเนินงานสุขภาพอาหาร มีเป้าหมายหลัก คือ การพัฒนางานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพสู่สุขภาพวิถีใหม่ โดยมีระดับความสำเร็จการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงาน⁽¹¹⁾ มาตรฐานสุขภาพอาหารถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในทุกเส้นทาง โดยเริ่มจากต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ จังหวัดกาฬสินธุ์มีการพัฒนามาตรฐานสุขภาพอาหารตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 สืบเนื่องมาในปี พ.ศ. 2563 เป็นจังหวัดต้นแบบในเรื่องของอาหารปลอดภัย และในปี พ.ศ. 2564 จากการรายงานผลการดำเนินงานจังหวัดอาหารปลอดภัยของสำนักสุขภาพอาหารและน้ำ พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับดี⁽¹⁾ ถึงแม้จังหวัดกาฬสินธุ์จะมีผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์ และเป็นจังหวัดต้นแบบด้านอาหารปลอดภัย แต่ยังพบว่า การดำเนินงานสุขภาพอาหารนั้นยังขาดการมีส่วนร่วมในระดับตำบล เนื่องจากลักษณะของการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเน้นไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ในการขับเคลื่อนนโยบาย ทำให้ระดับตำบลซึ่งเป็นจุดที่สำคัญ และเข้าถึงประชาชนได้เป็นอย่างดีนั้น มีการเชื่อมประสานระหว่างนโยบาย และนำไปปฏิบัติที่ยังไม่ตรงกัน ซึ่งจากการรายงานผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ในการดำเนินงานสุขภาพอาหาร ปี พ.ศ.2564 ที่ผ่านมา ในเรื่องของอาหารปลอดภัย พบว่า การดำเนินงานชุมชนต้นแบบด้านอาหารปลอดภัยยังไม่ประสบผลสำเร็จ⁽¹¹⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยทางการบริหาร และการมีส่วนร่วมในงานสุขภาพอาหารที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และยกระดับการดำเนินงานด้านสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหาร และระดับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร หรืองานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 156 คน มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร และสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen (1988)⁽¹²⁾ ผลการคำนวณขนาดตัวอย่าง มีจำนวน เท่ากับ 134 คน แล้วทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีวิธีการสุ่ม ดังนี้ 1) สํารวจจำนวน และรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) หาระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$ ⁽¹³⁾ ได้ช่วงระยะห่าง 1.16 จึงสามารถใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย 3) นำแบบสอบถาม และหนังสือขออนุญาตผู้ตอบแบบสอบถามส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร หรืองานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ นอกจากนี้ มีกลุ่มบุคคลที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 3 คน 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 คน เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้ง 12 คน เป็นผู้ที่ดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารจึงสามารถให้ข้อมูลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดีที่สุด (Key Informants)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1. แบบสอบถาม จำนวน 91 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพอาหาร ส่วนที่ 4 เกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพอาหาร ส่วนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิด ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ ส่วนที่ 2, 3 และ 4 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ⁽¹⁴⁾ แปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 มาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50–4.49 ปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49 น้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49 น้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49⁽¹⁵⁾ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50⁽¹⁶⁾ และได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผ่านการนำไปทดลองใช้ (Try out) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96⁽¹⁷⁾

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพอาหาร ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพอาหาร ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ให้ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2565 เลขที่ : HE652220 และได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์แล้ว เลขที่ KLS.REC 20/2566



ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร หรืองานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร หรืองานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4 โดยช่วงอายุที่มีมากที่สุด คือ ช่วงระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.75 ปี (S.D. = 9.68 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 85.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็น นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 29,213 บาท บาท (S.D. = 13,260.73 บาท) รายได้ต่ำสุด 12,000 บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหาร หรืองานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในช่วงระหว่าง 1-10 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 72.4 มีค่ามัธยฐาน 6 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 40 ปี และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร หรืองานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมมีค่ามัธยฐาน 1.0 ครั้ง จำนวนต่ำสุด 1 ครั้ง จำนวนสูงสุด 10 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยทางการบริหาร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.63 (S.D. = 0.65) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.67) รองลงมา คือ ด้านกระบวนการบริหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D. = 0.69) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.32 (S.D. = 0.80) รองลงมา คือ ด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D. = 0.83)

3. ระดับการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาสาเหตุของปัญหา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.73) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D. = 0.74) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ย



น้อยที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D. = 0.78) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.75)

4. ระดับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D. = 0.66) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านกระบวนการรื้อเรียนสถานประกอบการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 (S.D. = 0.83) รองลงมา คือ ด้านการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D. = 0.76) ส่วนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ผู้สัมผัสอาหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D. = 0.70) รองลงมา คือ ด้านการสื่อสารสาธารณะ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D. = 0.77)

5. ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.739$, $p\text{-value} < 0.001$) และภาพรวมการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.833$, $p\text{-value} < 0.001$) ใช้เกณฑ์ของ Elifson et al (1990)⁽¹⁸⁾ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหาร	การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์(ใช้เกณฑ์ของ Elifson et al, 1990)
ปัจจัยทางการบริหาร	0.739***	< 0.001	สูง
1. ด้านบุคลากร	0.692***	< 0.001	ปานกลาง



ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมใน งานสุขภาพอาหาร	การดำเนินงานสุขภาพอาหาร		
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์(ใช้ เกณฑ์ของ Elifson et al, 1990)
2. ด้านงบประมาณ	0.668***	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.636***	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านกระบวนการบริหาร	0.698***	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน	0.538***	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง	0.641***	< 0.001	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในงานสุขภาพอาหาร	0.833***	< 0.001	สูง
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา	0.664***	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน	0.653***	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	0.754***	< 0.001	สูง
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและ ประเมินผล	0.808***	< 0.001	สูง
5. ด้านการมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์	0.856***	< 0.001	สูง
6. ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ	0.745***	< 0.001	สูง

*** ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

6. ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขภาพอาหารที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ มีดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (p-value < 0.001) ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล (p-value < 0.001) และด้านกระบวนการบริหาร (p-value < 0.001) ได้สมการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน เป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\begin{aligned}
 Y &= 0.390 + (0.416) (\text{ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์}) \\
 &\quad + (0.271) (\text{ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล}) \\
 &\quad + (0.185) (\text{ด้านกระบวนการบริหาร})
 \end{aligned}$$



ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์	0.416	0.494	7.620	<0.001	0.856	0.733	0.731	-
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล	0.271	0.308	4.910	<0.001	0.886	0.786	0.782	0.052
3. ด้านกระบวนการบริหาร	0.185	0.194	3.761	<0.001	0.898	0.807	0.802	0.021

ค่าคงที่ 0.390, F = 180.705 ,p-value < 0.001, R = 0.898, R² = 0.807, R²adj = 0.802

**7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์**

โดยภาพรวมจากแบบสอบถามปลายเปิดทั้งหมด 134 ฉบับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา
อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ทั้งหมด 43 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 32.09 ซึ่งปัจจัยทางการบริหารด้าน
บุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และยังขาดทักษะ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานจึงควรจัดทำแผน
อัตรากำลังให้เพียงพอ และมีการพัฒนาทักษะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ด้านการมีส่วนร่วมใน
งานสุขาภิบาลอาหารด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่ง เข้าไปมีส่วนร่วมกับพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชนน้อย เนื่องจากภาระงาน
ที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า 1 งาน ควรมีการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน
สามารถบริหารจัดการการดำเนินงานร่วมกับองค์กรอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

**1. ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารที่มีความสัมพันธ์กับ
การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดกาฬสินธุ์**

1.1 ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานสุขาภิบาล
อาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.739$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากปัจจัยทางการบริหาร มีความสำคัญต่อ
การบริหารงานเป็นอย่างมากไม่ว่าจะเป็นการบริหารด้านสุขภาพหรือด้านอื่นๆ เพราะประสิทธิภาพ



และประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ และคุณภาพของปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งการบริหารจัดการทรัพยากรต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริหารบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽⁴⁾ มีความสัมพันธ์สอดคล้องในระดับเดียวกันกับการวิจัยของจรัสศรี อาจศิริ (2564)⁽¹⁹⁾ และนาคยา คำเสนา และคณะ (2563)⁽²⁰⁾ พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดำเนินงานสุขภาพอาหารจะขับเคลื่อนให้ประสบผลสำเร็จต้องอาศัยปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งแต่ละพื้นที่ย่อมมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการที่แตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในครั้งนี้ยังพบว่า มีความสัมพันธ์สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับการวิจัยของนิชาภา หลั่งแก้ว และชนะพล ศรีฤาชา (2564)⁽²¹⁾ พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 การมีส่วนร่วมในงานสุขภาพอาหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.833$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากการมีส่วนร่วมถือเป็นปัจจัยที่ช่วยขับเคลื่อนด้วยความร่วมมือร่วมใจระหว่างบุคคล และสิ่งที่เกี่ยวข้อง โดยสมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไร และทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนารวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ⁽⁷⁾ ยังสามารถทำได้ด้วยการเข้าไปเกี่ยวข้อง (Involvement) การให้ความช่วยเหลือ (Contribution) และการร่วมรับผิดชอบ⁽⁸⁾ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ มีความสัมพันธ์สอดคล้องในระดับเดียวกันกับการวิจัยของรุสนีย์ ไวยากรณ์ และคณะ (2562)⁽²²⁾ พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วนร่วมในงานสุขภาพอาหารที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 การมีส่วนร่วมในงานสุขภาพที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($p\text{-value} < 0.001$) การได้มาซึ่งผลประโยชน์ในการดำเนินงานต้องอาศัยการร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานมีความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ จากการศึกษานี้พบว่า การมีส่วนร่วมในงานสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของพงศกร



นันทะกุล (2562)⁽¹⁰⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีผลต่อประสิทธิภาพวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์

2.2 การมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ($p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากการติดตามและประเมินผลจะทำให้หน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานสามารถเปรียบเทียบผลของการดำเนินงานที่ผ่านมาและสามารถนำผลการประเมินไปปรับปรุงให้การดำเนินงานครั้งต่อไปประสบผลสำเร็จได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลมีผลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ นัชชา ทิพนเตร (2565)⁽⁹⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินมีผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นของเทศบาลตำบล จังหวัดนครราชสีมา

2.3 ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ด้านกระบวนการบริหาร ($p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากปัจจัยทางการบริหารเป็นกลไกที่สนับสนุนให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ ซึ่งกระบวนการบริหารต้องการวางแผน ประเมินผล รวมถึงการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระยะ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ นาดยา คำเสนา และคณะ (2563)⁽²⁰⁾ พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหารมีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยบริหารด้านกระบวนการบริหารไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(19,21)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหาร ในด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ทั้งในการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การได้รับขวัญกำลังใจจากผลการดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนเพื่อทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร หรืองาน



คุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดด้านสุขาภิบาลอาหาร. 2556; นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
2. จิรฉัตร จิรพัฒนานุกุล และวารณี บุญช่วยเหลือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารของพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับตำบลในจังหวัดราชบุรี. ไทยโภชนาการ 2562; 14(2): 61-76.
3. พืพงษ์ ภูสวด, ประจักษ์ บัวผัน, และมกรพันธ์ จูฑะรสก. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562; 19(3): 109-119.
4. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. 2558; ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. นิกร บาลี และชนะพล ศรีฤทธา. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(3): 586-594.
6. ศรีธนา พันธ์โยธา และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563; 21(2): 152-165.
7. Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. World management. New York: McGraw- Hill. 1986.
8. Keith, Davis and Newstrom, John W. Organizational Behavior. New York: McGraw – Hill Book Company. 1989.
9. นัชชา ทิพนตร. การมีส่วนร่วมของประชาชนและรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นของเทศบาลตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2565; 9(8): 395-413.
10. พงศกร ฉันทะกุล. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2562; 6(2): 199-214.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2564; กาฬสินธุ์: สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
12. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1988.



13. วินัส พิษวนิชย์, สมจิต วัฒนาชาญกุล เบญจมาศตูลยนิติกุล. สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์. 2547; กรุงเทพฯ: โฟร์พรีนติ้ง.
14. Likert, R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill.1967.
15. สำเริง จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น 2547; ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
16. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
17. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการสาธารณสุข กรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2560.
18. Ellison, K.W. Fundamental of social statistics. New York: McGraw-Hill.1990.
19. จรัสศรี อาจศิริ. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2564; 4(2): 57-68.
20. นาดยา คำเสนา, ประจักษ์ บัวผัน และมกรพันธ์ จูฑะรสก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563; 20(2): 84-95.
21. นิชาภา หลังแก้ว และชนะพล ศรีฤาชา. บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15(8): 685-704.
22. รุสนีย์ ไวยากรณ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และเบญจวรรณ พุทธิอังกูร. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเอกชน.วารสารพยาบาลสาร 2562; 46(2): 142-151.



การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลสุโขทัย ด้วยหลักความปลอดภัย 2P SAFETY

THE DEVELOPMENT OF NURSING SUPERVISION PROGRAM MODEL OF THE FIRST LEVEL ADMINISTRATOR IN SUKHOTHAI HOSPITAL BASE ON 2P SAFETY

อุไรวรรณ จุ้ยต่าย^{1*}, คัทรียา รัตนวิมล², วชัญญา บุญยmani¹, ศิริพร วงศ์จันทร์mani¹

Uraiwan Juytay^{1*}, Cathareeya Rattanawimol², Wachanya Bunyamani¹,

Siriporn Wongjantharamanee¹

Received: July 26, 2023

Revised: August 07, 2023

Accepted: August 15, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลสุโขทัย ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) เตรียมการพัฒนารูปแบบ 2) พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล 3) นำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลไปใช้ 4) ประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารระดับต้น 29 คน และพยาบาลวิชาชีพ 100 คน เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2) คู่มือการนิเทศทางการพยาบาล 3) แบบทดสอบความรู้ สมรรถนะ ความพึงพอใจของผู้บริหารระดับต้น 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed-ranks test, สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ได้พัฒนาโดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ ได้แก่ กิจกรรม กระบวนการนิเทศ ประกอบด้วย คู่มือการนิเทศทางการพยาบาล ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety 2) ความรู้ สมรรถนะ ความพึงพอใจของผู้บริหารระดับต้น และผู้รับการนิเทศ หลังใช้รูปแบบนิเทศที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) และผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัย 2P Safety หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป น้อยกว่าก่อนพัฒนา

ดังนั้น รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ควรนำไปศึกษาครั้งต่อไปในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค

คำสำคัญ: การนิเทศทางการพยาบาล, ผู้บริหารระดับต้น, 2P Safety

¹ โรงพยาบาลสุโขทัย

Sukhothai Hospital

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Nursing, Naresuan University

*Corresponding author E-mail: uraiwanjuytay3@gmail.com



Abstract

This research and development aims to the research and development were develop and study the effects of nursing supervision model of the First level in Sukhothai Hospital. There are 4 phases: 1) preparation for model development, 2) nursing supervision model development, 3) Applying the nursing supervision model, and 4) evaluating the use of the nursing supervision model. The sampling groups were 29 first level administrators and 100 registered nurses. Tools used 1) semi-structured interview form 2) nursing supervision manual 3) a test of knowledge, competency, satisfaction of the first level administrators 4) a registered nurse satisfaction questionnaire 5) a record of nursing outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics. Stats Wilcoxon signed-ranks test, Stats Paired t-test

The results showed that 1) developed using Proctor's concepts, including activities, supervision process contains a nursing supervision handbook with the 2 P Safety principle 2) Knowledge, satisfaction, competency of the first level administrators and supervision recipients after using the developed supervision style was higher than before using the statistical significance at the 0.05 level ($p\text{-value} < 0.001$) and the 2P Safety nursing outcomes after using the developed model had an incidence of risk E. more, less than before development.

Therefore, the nursing supervision model of the junior administrators with the 2P Safety principle, it should be studied in the future in specific disease patients.

Keywords: nursing supervision, first-level executives, 2P Safety



บทนำ

การนิเทศทางการแพทย์เป็นบทบาทอิสระในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นกลไกที่สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุม กำกับ ดูแลคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เป้าหมาย และนโยบายขององค์กร ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาสร้างขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง สามารถนำมาวิเคราะห์ วางแผนพัฒนาองค์กร เพื่อการขับเคลื่อนให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์ตามที่กำหนดไว้ (हरररर เทียนทอง, 2556 อ้างใน นุชรจิรย์ หุมพินิจ, 2557)⁽¹⁾

โรงพยาบาลสุโขทัยเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ครั้งที่ 4 และประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety : 2P Safety) ตามหมวดความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การผ่าตัดที่ปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อ ความปลอดภัยในการให้ยาและเลือด การบริหารจัดการ การส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัยรวมทั้งกรอบกฎหมาย (Safe Surgery, Infection Control, Medication and Blood Safety, Patient Care Process, Line Tube and Catheter and Laboratory, Emergency Response : SIMPLE)⁽²⁾ ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยจากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on Cloud ปี 2563-2565⁽³⁾ ระดับ E-I (ครั้ง) พบ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (E = 4), (E = 7, H = 2), (E = 18, H = 2) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (E = 1), (E = 5, F = 1), (E = 8, F = 8) การให้เลือดผิดคน (E = 1), (E = 2), (E = 1) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (E = 13, F = 3), (E = 2), (E = 9) การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (E = 31), (E = 14), (E = 38) ตามลำดับ จากผลการรายงานความเสี่ยงส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ดีขึ้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับหัวหน้า และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ ควบคุมติดตามผลการปฏิบัติงานให้มีมาตรฐาน มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายองค์กร ได้ทบทวนการนิเทศทางการแพทย์ พบว่า มีการกำหนดนโยบายแต่รูปแบบการนิเทศทางการแพทย์ไม่ชัดเจน และขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เน้นนิเทศด้านการบริหารมากกว่าด้านคลินิก ใช้การสั่งการมากกว่าการชี้แนะ ขาดการให้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังผู้รับการนิเทศ ส่วนผู้รับการนิเทศมองว่าการนิเทศเป็นการจ้องจับผิด จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ Proctor (2001)⁽⁴⁾ ที่เน้นบทบาทของผู้นิเทศ 3 ด้าน คือ การนิเทศเพื่อการเรียนรู้จากการปฏิบัติ การสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานเป็นแนวคิดที่เหมาะสมที่นำมาปรับใช้ เพราะมีความชัดเจน สะดวกต่อการนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิรย์ แสงมณี และคณะ (2565)⁽⁵⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบการนิเทศ เพื่อความเป็นเลิศทางการแพทย์ คือ การกำหนดนโยบาย วัฒนธรรมองค์กร การมี



ส่วนร่วม สมรรถนะของบุคลากร การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลทั่วทั้งองค์กร และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาลจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย อย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้แนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์ ที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีเป้าหมายร่วมกัน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์ ที่เน้นบทบาทของผู้นิเทศ 3 ด้าน คือ 1) การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ 2) การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และ 3) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

จากที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลสุโขทัย ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety จะช่วยให้ผู้นิเทศมีความรู้ มีสมรรถนะในการนิเทศ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล และผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะที่ 1 เตรียมการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย การทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหา และอุปสรรคจากการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลสุโขทัย และการประชุมปรึกษาหารือ ระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูล 2) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารระดับต้นและพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ จำนวน 30 ราย 3) ระยะที่ 3 นำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลสุโขทัย ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ไปใช้ และ 4) ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความปลอดภัย 2P Safety

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ 1) หัวหน้า และรองหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นผู้บริหารระดับต้น และ 2) ผู้รับการนิเทศ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเดียวกับผู้บริหารระดับต้น

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ 1) ระยะที่ 1 ผู้บริหารระดับต้น จำนวน 29 คน 2) ระยะที่ 2 คือ ผู้บริหารระดับต้น จำนวน 15 คน และผู้รับการนิเทศ จำนวน 15 คน 3) ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 คือ ผู้บริหารระดับต้น จำนวน 29 คน และผู้รับการนิเทศ จำนวน 100 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการระดมสมองของผู้บริหารระดับต้น 2) คู่มือการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารระดับต้น และผู้รับการนิเทศที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเดียวกับผู้บริหารระดับต้น 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น 3) แบบประเมินสมรรถนะของผู้บริหารระดับต้น 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บริหารระดับต้นต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล และ 6) แบบบันทึกผลลัพธ์ทาง การพยาบาลด้านความปลอดภัย 2P Safety คือ การเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การให้เลือดผิดคน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ และการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index: CVI) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น แบบประเมินสมรรถนะการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น และแบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลจากผู้รับการนิเทศ เท่ากับ 1, 0.81, 0.9 และ 0.88 ตามลำดับ และค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) เท่ากับ 1, 0.86, 0.85 และ 0.88 ตามลำดับ
2. ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น แบบประเมินสมรรถนะการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น และแบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลจากผู้รับการนิเทศ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87, 0.98, 0.81 และ 1.0 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลสุโขทัย ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety นี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งตามลักษณะข้อมูล ดังนี้



1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประชุมสนทนากลุ่มระหว่างผู้บริหารระดับต้นจำนวน 29 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสำรวจสภาพปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยจำแนกตามเพศ อายุสถานภาพสมรส ตำแหน่ง ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์การเข้ารับการประชุมวิชาการในเรื่องการนิเทศทางการพยาบาลด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ของผู้บริหารระดับต้น ใช้สถิติ Wilcoxon matched-pair signed-ranks test⁽⁶⁾

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะของผู้บริหารระดับต้น ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test

5. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจของผู้บริหารระดับต้น และผู้รับการนิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย IRB No.1/2023 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน การใช้แนวทางปฏิบัติ และผู้วิจัยได้รักษาความลับของข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายชื่อ แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้เป็นหมายเลข และผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 เตรียมการพัฒนารูปแบบ พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารระดับต้น จำนวน 29 คน อายุเฉลี่ย 52.58 ปี อายุต่ำสุด 43 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 79.31 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการเป็นผู้นิเทศทางการพยาบาล สูงสุดช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.38 ค่าเฉลี่ย 7.69 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 15 ปี ในรอบ 5 ปี ผ่านการอบรมการนิเทศทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 31.03 ผ่านการอบรมความปลอดภัย 2P Safety คิดเป็นร้อยละ 100 การทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น เรื่องการนิเทศทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Proctor ด้วยหลักความ ปลอดภัย 2P Safety ก่อนและหลังการประชุม ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้การนิเทศทางการแพทย์ของ
ผู้บริหารระดับต้น ก่อนและหลังการประชุม (n = 29)

ความรู้การนิเทศทางการแพทย์ตามแนวคิดของ Proctor ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety	M	S.D.	Z	p-value
ก่อนการประชุมเรื่องการนิเทศทางการแพทย์	9.93	2.915	-4.482	<0.001
หลังการประชุมเรื่องการนิเทศทางการแพทย์	14.03	0.680		

* p-value < 0.05

2. ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการแพทย์ตามแนวคิดของพรอคเตอร์ ให้ครอบคลุมองค์ประกอบการนิเทศ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ได้แก่ การให้ความ สนใจ การใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และการรับรองผลการปฏิบัติงาน 2) ด้านการ สนับสนุนเชิงวิชาชีพ 3) ด้านการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กร ก่อนนำ รูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารระดับต้น 15 คน ผู้รับการนิเทศ 15 คน ทดลองใช้ หลังจากนั้น นำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการนิเทศตามความเหมาะสม และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม (คู่มือการนิเทศ) ก่อนนำไปใช้จริง

3. ระยะที่ 3 ดำเนินการนำรูปแบบการการนิเทศทางการแพทย์ของผู้บริหารระดับต้น ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัยไปใช้ พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการนิเทศ จำนวน 100 คน มีอายุเฉลี่ย 39.76 ปี (ต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 56 ปี) การศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 98 มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลเฉลี่ย 14.12 ปี (ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 32 ปี) ไม่เคยผ่านการอบรมการนิเทศ ทางทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 52 ผ่านการอบรมความปลอดภัย 2P Safety คิดเป็นร้อยละ 100

4. ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการการนิเทศทางการแพทย์ของผู้บริหาร ระดับต้นด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย ดังนี้

4.1 สมรรถนะการนิเทศทางการแพทย์ของผู้บริหารระดับต้น หลังการนำรูปแบบการ นิเทศทางการแพทย์ไปใช้สูงกว่าก่อนการนำรูปแบบการนิเทศทางการแพทย์ไปใช้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะการนิเทศทางการแพทย์ของผู้บริหารระดับต้น ก่อนและหลัง
การพัฒนา (n = 29)

การประเมินสมรรถนะการนิเทศ ทางการแพทย์ของผู้บริหารระดับต้น	M	S.D.	ระดับ	t	p-value
ก่อนการนำรูปแบบการนิเทศทางการแพทย์ไปใช้	3.81	1.556	มาก	-13.217	<0.001
หลังการนำรูปแบบการนิเทศทางการแพทย์ไปใช้	4.83	0.639	มากที่สุด		

* p-value < 0.05



4.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้บริหารระดับต้น พบว่า ก่อนการนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลไปใช้ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้บริหารระดับต้น ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ($n = 29$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล	ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ			หลังใช้รูปแบบการนิเทศ			Z	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1. ด้านการนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ	4.45	.506	มากที่สุด	4.83	.384	มากที่สุด	-3.317	0.001
2. ด้านการนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ	3.34	.484	ปานกลาง	4.55	.572	มากที่สุด	-4.815	<0.001
3. ด้านการนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน	3.00	.000	ปานกลาง	5.00	.000	มากที่สุด	-4.893	<0.001
ความพึงพอใจโดยรวม	3.37	.485	ปานกลาง	4.64	.482	มากที่สุด	-4.760	<0.001

* $p\text{-value} < 0.05$

4.3 ความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นทั้งก่อนและหลังการนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลไปใช้ พบความพึงพอใจโดยรวมอยู่ระดับมากที่สุด และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ($n = 100$)

ความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาล	ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศฯ			หลังใช้รูปแบบการนิเทศฯ			t-test	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1. ด้านการนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ	3.94	.468	มาก	4.88	.327	มากที่สุด	-8.294	<0.001
2. ด้านการนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ	3.35	.642	ปานกลาง	4.51	.718	มากที่สุด	-12.625	<0.001
3. ด้านการนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน	2.86	.349	ปานกลาง	4.54	.501	มากที่สุด	-26.082	<0.001
ความพึงพอใจโดยรวม	3.37	.485	ปานกลาง	4.64	.482	มากที่สุด	-21.663	<0.001

* $p\text{-value} < 0.05$



4.4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความปลอดภัย 2P Safety หลังจากนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นไปใช้ พบว่า 1) การเลื่อนหลุดต่อช่วยหายใจ 2) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 3) การให้เลือดผิดคน 4) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ และ 5) การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ มีอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป น้อยกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความปลอดภัย 2P Safety หลังการนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

ผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัย 2P Safety	ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	(ค.ก.-ธ.ก.65)	
1. การเลื่อนหลุดต่อช่วยหายใจ (ครั้งต่อ 1000วันใส่ท่อช่วยหายใจ)	4	0
2. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (ครั้งต่อ1000 ครั้งการบริหารยา)	2	0
3. การให้เลือดผิดคน (ครั้งต่อ1000 ครั้งการให้เลือด)	0	0
4. การติดตามเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ต่อ 1,000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ)	1.87	1.26
5. การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (ต่อ1,000 วันใส่สายท่อช่วยหายใจ)	5.83	5.57

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลสุโขทัย ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety เป็นการวิจัยและพัฒนา อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย ประกอบด้วย องค์ประกอบการนิเทศ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ได้แก่ การให้ความสนใจ การใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และการรับรองผลการปฏิบัติงาน 2) ด้านการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ การให้เวลาอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 3) ด้านการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กร การบันทึกรายงาน และสมรรถนะของผู้นิเทศ ได้ออกมาเป็นคู่มือการนิเทศทางการพยาบาล ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety โดยได้จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มหลังมีการปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว



2. การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย อภิปรายดังนี้

2.1 การเปรียบเทียบความรู้การนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ก่อนและหลังการประชุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการประชุมเรื่องการนิเทศทางการพยาบาลเท่ากับ 9.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.915 หลังการประชุมเรื่องนิเทศทางการพยาบาลเท่ากับ 14.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.680 อธิบายได้ว่า ผู้บริหารระดับต้นส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล มากกว่า 10 ปี มีประสบการณ์ในการเป็นผู้นิเทศทางการพยาบาลสูงสุดช่วง 5-10 ปี ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมการนิเทศทางการพยาบาล และทุกคนผ่านการอบรมความปลอดภัย 2P Safety ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องศรี สุพรรณพ่าย และคณะ(2555)⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

2.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้บริหารระดับต้น และผู้รับการนิเทศต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ทั้งก่อนและหลังการนำรูปแบบนิเทศทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่า รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมา ตามแนวคิดของพรอคเตอร์ ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety มีการกำหนดแผนการนิเทศ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และคุณสมบัติของผู้นิเทศชัดเจนขึ้น มีการปรับกิจกรรมการปฏิบัติที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีการเยี่ยมชม ให้ความแนะนำ และการสอน รวมถึงมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทำให้ผู้บริหารระดับต้นมีความพึงพอใจในการนำรูปแบบนิเทศทางการพยาบาลไปใช้สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชจริย์ ชุมพินิจ (2557)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์ ประกอบ ด้วยการนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้ การนิเทศเพื่อสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และการนิเทศเพื่อปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ทำให้ความพึงพอใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย และของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ทั้งก่อนและหลังการนำรูปแบบนิเทศทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเดียวกับผู้บริหารระดับต้นมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติงานมากขึ้น และเล็งเห็นประโยชน์การนำไป



ปรับใช้ในงานได้ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนีย์ ดันติสุข (2556)⁽⁸⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001)⁽⁴⁾ และแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participatory) ของ ซาส์คิน (Sashkin, 1982)⁽⁹⁾ ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกหลังได้รับการใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนได้รับการใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ (2561)⁽¹⁰⁾ ที่ได้พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับนิเทศหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2.4. เปรียบเทียบสมรรถนะของผู้บริหารระดับต้น ก่อนและหลังการใช้รูปแบบนิเทศทางการพยาบาล พบว่า สมรรถนะในการนิเทศทางการพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของพรอคเตอร์ที่ประกอบด้วย 3 ด้าน อันได้แก่ 1) การนิเทศเพื่อการเรียนรู้จากการปฏิบัติ 2) การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และ 3) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน ภายใต้อบรมอากาศแห่งความไว้วางใจในการปฏิบัติงานตามเป้าหมายขององค์กร หรือมาตรฐานตามวิชาชีพ ทำให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐาน เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ อินทสุวรรณ และคณะ (2559)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลระนอง ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการนิเทศของพยาบาลผู้นิเทศหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความปลอดภัย หลังจากนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นไปใช้ พบว่า 1) การเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ 2) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 3) การให้เลือดผิดคน 4) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และ 5) การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ มีอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป น้อยกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล อธิบายได้ว่า ว่ารูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของพรอคเตอร์ ที่ประกอบด้วย 3 ด้าน ทำให้ผู้บริหารระดับต้นมีรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่กำหนดแผนการนิเทศ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และคุณสมบัติของผู้นิเทศชัดเจนขึ้น มีการปรับกิจกรรมการปฏิบัติที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีการเยี่ยมชมฯ ให้คำแนะนำ และการสอน รวมถึงมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญเรื่องนั้นๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้สมรรถนะในการปฏิบัติงานทางคลินิกของผู้รับการนิเทศมีเพิ่มมากขึ้น มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐาน



เกิดเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ด้านความปลอดภัย 2P Safety มีอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป น้อยกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลอื่นๆ ควรนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นด้วยหลักความปลอดภัย 2 P safety ในโรงพยาบาลสุโขทัย ที่พัฒนาขึ้นมาไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง
2. มีแผนพัฒนาบุคลากร และระบบพี่เลี้ยงหรือแกนนำ การนิเทศทางการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดคุณสมบัติของพี่เลี้ยง หรือแกนนำ และมีการฝึกปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง
3. องค์กรพยาบาลควรมีการส่งเสริมบทบาทการนิเทศของผู้บริหารระดับต้นด้าน 2P Safety ด้วยหลักความปลอดภัย 2P Safety ที่พัฒนาขึ้นมาตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001)⁽⁴⁾ ให้เด่นชัดมากขึ้น โดยการให้ความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนการพัฒนาทักษะโดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.ธีรพร สติธังกูร นางศิริมา ลีละวงศ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาจาก กองการพยาบาลทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น และให้คำแนะนำ แก่ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย นายแพทย์มานิช อู่วุฒิพงษ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุโขทัย ผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสุโขทัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และร่วมกิจกรรมต่างๆ ในงานวิจัย ได้เรียนรู้ร่วมกัน และทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. นุชจริย์ ชุมพินิจ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช. [วิทยานิพนธ์].นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. 2561.
3. รายงานการประชุมความเสี่ยงโรงพยาบาลสุโขทัย. 2565.



4. Proctor, B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention In Fundamental Themes in Clinical Supervision. London: Routledge. 2001.
5. วชิรย์ แสงมณี, น้ำทิพย์ แก้ววิจิต, ปราโมทย์ ทองสุข, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา, นงนุช บุญยัง, เจริญ กุลเกื้อ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ตามกรอบแนวคิด 2P Safety: SIMPLE (Medication error, Fall) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2565; 1: 1-16.
6. การวิเคราะห์ทางสถิติแบบนอนพารามตริกซ์ 2. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <http://pioneer.chula.ac.th/~stosak/biostatlab/chapter12.pdf>
7. ผ่องศรี สุพรรณพ่าย, พรทิพย์ สุขอดิษฐ์, กรรณิกา อำพน. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า. การพยาบาลและการศึกษา 2556; 1: 12-26.
8. วันทนีย์ ดันติสุข. การพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีสคัย; 2556.
9. Sashkin,M.A manager's guide to participative management. New York: AMA Membership Publication Division.1982.
10. ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ, อุษณีย์ คงากุล, นริสา สะมาเอ, ทศณียา ไช้บัว, จุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา, สรวงสุดา เจริญวงศ์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ [อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566]; 2 :13-24. เข้าถึงได้จาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/download/122745/193403/319048>
11. อรุณรัตน์ อินทสุวรรณ, รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ์ ศรีเกษตริน. ประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระนอง. วารสารกองการพยาบาล 2559; 3: 25-43.



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

FACTORS AFFECTING THE BEHAVIOR OF FALL PREVENTION AMONG THE ELDERLY IN BAN MAI SUB DISTRICT, MUEANG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Received: March 30, 2023

Revised: June 26, 2023

Accepted: August 18, 2023

รจฤดี โชติกวินทร์¹, เขมกัญญา อนันต์², รัฐศาสตร์ เด่นชัย³, นริศรา ชานุณรงค์^{4*}

Rotruedee Chotigawin¹, Khemkanya Anan², Rattazart Denchai³,

Narissara Channarong^{4*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 162 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือน และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.8 เคยมีการหกล้มภายในบ้าน และมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.31 โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ การได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือน ($\beta = 0.272$, $p\text{-value} < 0.001$) การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน ($\beta = -0.231$, $p\text{-value} = 0.002$) และความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ($\beta = 0.194$, $p\text{-value} = 0.010$) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มได้ร้อยละ 17.0 ($R^2_{\text{adj}} = 0.170$, $p\text{-value} < 0.001$)

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Public Health, Burapha University

² นักวิชาการอิสระ

Independent Scholar

³ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

Thai Traditional Medicine Program, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

⁴ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: Narissara.c@nsru.ac.th



ข้อมูลดังกล่าว สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางในการส่งเสริม วางแผน การดำเนินกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุตามชุมชนต่างๆ ให้มีพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การหกล้ม, ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

Abstract

In this study, it was aimed at studying fall prevention behaviors and factors affecting the fall prevention behavior of older adults. Tambol Ban Mai, Amphoe Mueang, Nakhon Ratchasima Province. The research design was a survey one. The samples consisted of 162 people. Data were collected using interview forms, consisting of personal information, beliefs about fall prevention, home risk environment assessment, home environment, receiving encouragement and encouragement and fall prevention behaviors. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics by stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the majority of older people, 53.8 percent, had fallen inside the house. The level of fall prevention behaviors was moderate about 75.31 percent. Factors affecting fall prevention behavior of the elderly were encouragement and encouragement ($\beta = 0.272$, p-value < 0.001). Assessment of risky home environment ($\beta = -0.231$, p-value = 0.002) and belief about fall prevention ($\beta = 0.194$, p-value = 0.010) can predict fall prevention behavior by 17.0 percent. ($R^2_{adj} = 0.170$, p-value < 0.001)

Such information can be used as a basis for healthcare workers to determine their approach to promotion and to plan activities for the elderly in different communities to continue their anti-fall behavior correctly and appropriately.

Keywords: Falls, Beliefs about Fall Prevention, The Elderly, Fall Prevention Behaviors



บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยประเทศกำลังพัฒนามีผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลง และผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 โลกจะมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด สำหรับภูมิภาคอาเซียน พบว่า เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ มีอัตราผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 โดยประเทศที่มีจำนวนประชากรสูงอายุสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) และเวียดนาม (ร้อยละ 13) ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2564 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.2558 จังหวัดนครราชสีมา มีประชากร จำนวน 2,498,535 คน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 424,151 คน และคิดเป็นร้อยละ 17 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัดนครราชสีมา และเพิ่มขึ้นเป็น 505,756 คน ในปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 20.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัดนครราชสีมา 2,482,635 คน ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเช่นเดียวกับระดับประเทศ⁽²⁾

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การพลัดตกหกล้มมีตั้งแต่การล้มบนพื้นระดับเดียวกันจากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ถูกผู้อื่นชน หรือดัน หรือการล้มจากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง เช่น จากการปีน ตกจากที่สูง ตกบันได รวมถึงการตก หรือล้มที่เกี่ยวข้องกับเก้าอี้ เหยิง รถเข็น เฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น โดยในปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 3,030,900-5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700 10,400 คนต่อปี⁽³⁾ เมื่อศึกษาสาเหตุของการหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มาจากพื้นที่ลื่น (ร้อยละ 37.1) รองลงมา คือ การสะดุดวัตถุสิ่งของ (ร้อยละ 35.7) โดยพบว่า อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากการเดินสะดุด ลื่น และเวียนศีรษะ ปัจจัยด้านบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ คือ ผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งมีความบกพร่องทางสายตา ความผิดปกติของการทรงตัว โรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ ด้านสิ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม คือ ขาดความดันโลหิต ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน คือ ขอบธรณีประตูทางเดินต่างระดับ พื้นปูด้วยกระเบื้องเซรามิก การจัดสิ่งของในบ้านไม่เป็นระเบียบ ใช้เสื่อผ้า หรือเสื้อผ้าเก่าเป็นที่เช็ดเท้า และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน คือ ทางเดินรอบบ้านมีสิ่งกีดขวาง มีทางเดินรถจักรยาน/จักรยานยนต์ ลักษณะขรุขระ แนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการ คือ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน⁽⁴⁾



ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแนวทางในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research) ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 930 คน เกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมและสมัครใจให้ข้อมูลการศึกษาวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของ Danie⁽⁵⁾ ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N-1) d^2 + Z^2 pq} = \frac{(1.96)^2 (0.15)(0.85)(930)}{(929) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.15) (0.85)}$$
$$= 162 \text{ คน}$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 162 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Sampling random sampling) โดยทำการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ปัจจุบัน การพักอาศัย น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม การใช้เครื่องพยุงเดิน และความกลัวการหกล้ม



ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์⁽⁶⁾ ใช้เกณฑ์คะแนนค่าเฉลี่ยบวก/ลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 42.93 คะแนน) ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 31.82-42.92 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 31.81 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่เสี่ยง เสี่ยง และเสี่ยงมาก คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยระดับการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์⁽⁶⁾ โดยใช้เกณฑ์คะแนนค่าเฉลี่ยบวก/ลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 23.65 คะแนน) ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 18.81-23.64 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.80 คะแนน)

ส่วนที่ 4 สภาพแวดล้อมภายในบ้าน จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก

ส่วนที่ 5 การได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือน จำนวน 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับนานๆ ครั้ง และไม่เคยได้รับ คะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยระดับการได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์⁽⁶⁾ โดยใช้เกณฑ์คะแนนค่าเฉลี่ยบวก/ลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 49.01 คะแนน) ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 24.22-49.00 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 24.21 คะแนน)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์⁽⁶⁾ โดยใช้เกณฑ์คะแนนค่าเฉลี่ยบวก/ลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 26.88 คะแนน) ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 21.75-26.87 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21.74 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือทุกชุด โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 2 ท่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน และหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) มีค่าดัชนี ความสอดคล้องอยู่ = 1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทำการทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของตัวแปรปัจจัยของ



ผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือน และ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.74, 0.84, 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอใช้พื้นที่ในการดำเนินงานวิจัย และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และติดต่อประสานงาน โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชาสัมพันธ์ตามเสียงตามสายหมู่บ้าน โดยกล่าวแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ประชากรตำบลบ้านใหม่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรม เรื่องการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการลงเก็บข้อมูลในวันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้นัดหมายหรือมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะกัน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ จากนั้นไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยนครราชสีมา เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2564 ใบรับรองโครงการวิจัย NMCEC-0029/2563 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การทำแบบสัมภาษณ์เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบคำถาม และมีสิทธิปฏิเสธการทำแบบสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอในลักษณะกลุ่ม ผู้วิจัยจะไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง



ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 40.1) สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 49.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 74.7) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.3) ซึ่งมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 67.3) ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ (ร้อยละ 95.7) มีภาวะสุขภาพในขั้นน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 57.4) ซึ่งมีปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อเข้า และขา (ร้อยละ 75.7) แต่ไม่เคยมีประวัติการหกล้ม (ร้อยละ 84.0) และไม่ใช้เครื่องพยุงเดิน (ร้อยละ 88.9)

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม คือ การเดินเข้าห้องน้ำด้วยความระมัดระวัง และจับราวยึดเกาะทุกครั้ง ช่วยลดโอกาสการลื่นล้มได้ คิดเป็นร้อยละ 95.6 รองลงมา ได้แก่ การเดินขึ้นหรือลงบันไดโดยไม่จับราวยึดเกาะ ทำให้พลัดตกหกล้มจนพิการ ส่งผลต่อการเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 95.0 และการเปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็ว ทำให้เสียการทรงตัวจนหกล้มศีรษะฟาดพื้นได้ คิดเป็นร้อยละ 69.9 โดยผู้สูงอายุมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเฉลี่ย เท่ากับ 37.37 ± 5.56 (ต่ำสุด 21, สูงสุด 47) จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน และเมื่อนำคะแนนความเชื่อมาจัดระดับ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.88 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 22.22 และระดับต่ำ ร้อยละ 17.90 ตามลำดับ

3. การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน ผลการศึกษา พบว่า สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ การไม่มีไฟในที่มืด คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา ได้แก่ การเดินบนพื้นที่เปียกน้ำ คิดเป็นร้อยละ 99.4 และการใช้ผ้าเช็ดเท้าที่ไม่มีแผ่นยึดเกาะ และการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว เช่น การลุกขึ้นยืน คิดเป็นร้อยละ 98.1 โดยผู้สูงอายุมีการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านเฉลี่ยเท่ากับ 21.22 ± 2.42 (ต่ำสุด 16, สูงสุด 29) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และเมื่อนำคะแนนการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านมาจัดระดับ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.33 รองลงมา ได้แก่ ระดับสูง ร้อยละ 15.43 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.23 ตามลำดับ

4. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน พบว่า ที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียวที่มีลักษณะพื้นบ้านติดกับพื้นดิน ร้อยละ 58.0 ปูพื้นบ้านแบบกระเบื้อง ร้อยละ 62.3 ในบ้านและนอกบ้านไม่มีพื้นต่างระดับ ร้อยละ 81.5 ห้องน้ำไม่ได้ติดตั้งราวจับ ร้อยละ 83.3 และใช้ส้วมแบบชักโครก ร้อยละ 74.1 บ้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแสงไฟเพียงพอ ร้อยละ 99.1 และมีการจัดระเบียบสิ่งของใน



บ้านอยู่เสมอ ร้อยละ 88.3 แต่กลุ่มตัวอย่างชอบใช้เศษผ้า หรือเสื้อผ้าเก่ามาทำผ้าเช็ดเท้า ร้อยละ 59.9
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาพแวดล้อมภายในบ้าน (n = 162)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะบ้าน		
บ้านชั้นเดียวพื้นบ้านติดพื้น	94	58.0
บ้านชั้นเดียวมีใต้ถุนสูง/ บ้านสองชั้น	68	42.0
ลักษณะพื้นบ้าน		
พื้นไม้ลิ้น	27	16.7
พื้นดิน	135	83.3
พื้นต่างระดับ		
ไม่มี	121	74.7
มี	41	25.3
ลักษณะส้วม		
ส้วมนั่งยอง	42	25.9
ส้วมชักโครก	120	74.1
ราวจับยึดในห้องน้ำ		
ไม่มี	135	83.3
มี	27	16.7
แสงสว่างภายในบ้าน		
แสงไฟไม่เพียงพอ	16	9.9
แสงไฟเพียงพอ	146	99.1
การจัดระเบียบสิ่งของภายในบ้าน		
ไม่เป็นระเบียบ	19	11.7
เป็นระเบียบ	143	88.3
วัสดุที่ใช้เป็นผ้าเช็ดเท้า		
เศษผ้า/ เสื้อเก่า	97	59.9
พรมเช็ดเท้า	65	40.1
ภายในบ้านมีเด็กหรือสัตว์เลี้ยง		
ไม่มี	121	74.7
มี	41	25.3
ภายในบ้านมีขอบธรณีประตู หรือพื้นต่างระดับ		
ไม่มี	132	81.5
มี	30	18.5



5. การได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนในการป้องกันการหกล้ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนในการป้องกันการหกล้ม คือ เพื่อนบ้านแนะนำให้เดินโดยใช้ไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน และคนในครอบครัวซื้อไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน คิดเป็นร้อยละ 84.6 รองลงมา ได้แก่ คนในครอบครัวคอยพยุงเข้าห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 79.0 และเพื่อนบ้านแนะนำวิธีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 77.8 โดยผู้สูงอายุมีคะแนนการได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนในการป้องกันการหกล้มเฉลี่ยเท่ากับ 36.61 ± 12.40 (ต่ำสุด 20, สูงสุด 60) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน และเมื่อนำคะแนนการได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนในการป้องกันการหกล้มมาจัดระดับ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.90 รองลงมา ได้แก่ ระดับสูง ร้อยละ 25.31 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.79 ตามลำดับ

6. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม คือ เปิดไฟทุกครั้งเมื่อเดินเข้าห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 97.1 รองลงมา ได้แก่ เลือกสวมเสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสมกับตัว ไม่ใหญ่ หรือยาวจนเกินไป คิดเป็นร้อยละ 96.3 และเลือกสวมใส่รองเท้าส้นเตี้ยมีแผ่นยึดเกาะพื้น ขนาดพอดีกับเท้า และเก็บสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ไม่ให้กีดขวางทางเดิน คิดเป็นร้อยละ 95.7 โดยผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเฉลี่ย เท่ากับ 24.31 ± 2.57 (ต่ำสุด 12, สูงสุด 28) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และเมื่อนำคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมาจัดระดับ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.31 รองลงมา ได้แก่ ระดับสูง ร้อยละ 16.05 และระดับต่ำ ร้อยละ 8.64 ตามลำดับ

7. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนจากการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อน (α) มีการแจกแจงแบบปกติ พบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินกว่า 0.85 และสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยตัวแปรการได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือน และความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และผลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ได้ร้อยละ 17.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ได้ดังนี้

$$\text{สมการในรูปคะแนนดิบ } BEH = 24.098 + 0.0056SE - 0.245SB + 0.090SC$$

$$\text{สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน } Z'BEH = 0.272 Z' SE - 0.231 Z' SB + 0.194 Z' SC$$

เมื่อ BEH = พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

SE = การได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือน



SB = การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน

SC = ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้ม

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	p-value
การได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือน (SE)	0.056	0.015	0.272	3.666	<0.001
การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน (SB)	-0.245	0.076	-0.231	-3.213	0.002
ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม (SC)	0.090	0.034	0.194	2.607	0.010
ค่าคงที่ 24.098, F=11.968, p-value<0.001, R = 0.430, R ² = 0.185, R ² _{adj} = 0.170					

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยมีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และหกล้มบริเวณบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 53.8 โดยผู้สูงอายุมีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 59.88 การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.33 ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนในการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.90 และมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลางที่สุด ร้อยละ 75.31 ทั้งนี้ การได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือน (SE) การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน (SB) และความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม (SC) มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (BEH) ได้ร้อยละ 17.0 (R²_{adj} = 0.170, p-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนี้ $Z'BEH = 0.272 Z'SE - 0.231 Z'SB + 0.194 Z'SC$ ทั้งนี้ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ผลการศึกษาสมการทำนายได้ร้อยละ 17 การนำไปใช้ในการทำนายอาจทำได้อย่างมีข้อจำกัด แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าค่าสมการทำนาย หรือ R-squared จะไม่สูงมากนัก แต่ผลการวิเคราะห์ยังแสดงค่าสัมประสิทธิ์ของ Regression ที่มีนัยสำคัญ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อเข่า และขา ผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.8 เคยมีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และหกล้มบริเวณบ้าน สาเหตุเกิดจากการเดินแล้วลื่น และเดินสะดุดสิ่งของ ทำให้เกิดการฟกช้ำตามร่างกาย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช้เครื่องพยุงเดิน สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการ



การหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลางมากที่สุด โดยผู้สูงอายุมีความเชื่อที่เห็นด้วยมากเกี่ยวกับการเดินเข้าห้องน้ำด้วยความระมัดระวัง และจับราวยึดเกาะทุกครั้ง ช่วยลดโอกาสการลื่นล้มได้ ร้อยละ 95.6 เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ได้ใส่รองเท้าหุ้มส้นในขณะที่ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพราะการใส่รองเท้าหุ้มส้นจะทำให้ลดการลื่นล้มได้ และลักษณะของรองเท้าที่ใส่ไม่ควรหลวมเกินไปเพราะอาจทำให้เกิดการสะดุดหรือลื่นได้⁽⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวนพิศ ศิริไพบุลย์⁽⁸⁾ ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ทั้งนี้ การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าส่วนใหญ่ลักษณะบ้านของผู้สูงอายุเป็นบ้านชั้นเดียวพื้นบ้านติดพื้น ไม่ใช่วัสดุชนิดกันลื่นปูพื้นบ้านในบ้าน และไม่มีราวจับยึดในห้องน้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัสนัย เล่งอี⁽⁹⁾ ที่พบว่า ลักษณะของพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่เป็นวัสดุที่แข็ง เช่น พื้นกระเบื้อง และพื้นปูน โดยพื้นบ้านที่ทำให้เกิดการลื่นมากที่สุด คือ มีแปรงฝุ่น หรือทราย มีผ้าหรือพรมบนพื้น อีกทั้งพื้นที่มีความต่างระดับจะส่งผลให้เกิดการสะดุดในบ้านมากที่สุด และงานวิจัยของ นงนุช วงศ์สว่าง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า สถานที่ของการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในตัวบ้าน โดยสถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุภายในตัวบ้าน คือ ทางเดินภายในตัวบ้าน และห้องน้ำ

การได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนในการป้องกันการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนในการป้องกันการหกล้มระดับปานกลางมากที่สุด โดยผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านในการแนะนำให้เดินโดยใช้ไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน และคนในครอบครัวซื้อไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดินมากที่สุด ร้อยละ 84.6 ดังนั้น คนในบ้านควรจะมีการเก็บสิ่งของภายในบ้านให้เป็นระเบียบ เพื่อลดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน และบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลางมากที่สุด โดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเปิดไฟทุกครั้งเมื่อเดินเข้าห้องน้ำมากที่สุด ร้อยละ 97.1 เนื่องจากการเปิดไฟเป็นการเพิ่มแสงสว่างทำให้มองเห็นได้ชัดเจน และสามารถช่วยลดการหกล้มได้ และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เช่น การฝึกเดิน เต้นแอโรบิก น้อยที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะออกกำลังกาย หรือกลัวการออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายอาจส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุบางคนอาจมีโรคประจำตัว หรือมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออาจทำให้มีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ เมืองศิริ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการการชอบเอื้อม หรือก้มหยิบสิ่งของสุดมือ เปลี่ยน



อิริยาบถ จากทำนึ่งเป็นทำยี่นอย่างรวดเร็ว และออกก่าลังกายไม่สม่ำเสมอ โดยกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างกลัวการหกล้มมากที่สุด คือ การเอื้อมหยิบของในตู้ติดผนัง/ชั้นวางของ รองลงมา คือ เดินรอบบ้าน และการลงนอน/ลุกขึ้นจากเตียง ตามลำดับ ดังนั้น การจัดพื้นที่ให้สามารถใช้สอยได้อย่าง่าย และปลอดภัยจึงเป็นสิ่งที่ควรทำ โดยคนในบ้านสามารถช่วยในการจัดพื้นที่ให้เหมาะสมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม⁽¹³⁾ พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นกังวลว่าจะหกล้มในขณะที่ทำกิจกรรมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การเดินขึ้น หรือลงทางลาดชัน การขึ้นหรือลงบันได และการเอื้อมหยิบของเหนือศีรษะ หรือก้มลงเก็บของบนพื้น

ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ โดยผู้สูงอายุที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มมากจะมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมาก เนื่องจากความเชื่อ คือ ความมั่นใจและความไว้วางใจ และเป็นพื้นฐานทำให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงออกถึงพฤติกรรมของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ เมืองศิริ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ($p\text{-value} < 0.01$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยการได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือนมาก จะมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมาก เนื่องจากการได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นเตือน เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นแรงจูงใจในด้านสุขภาพซึ่งสามารถนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงหทัย แสงสว่าง⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ เพื่อนช่วยเหลือตอนหกล้ม เพื่อนชวนออกก่าลังกาย และบุคลากรทางสาธารณสุขจัดกิจกรรมป้องกันการหกล้ม มีผลสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สำหรับการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านมากจะทำให้พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุน้อยลง โดยสภาพแวดล้อมภายในบ้านเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการหกล้มค่อนข้างมาก ดังนั้น การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม⁽¹⁶⁾ และจากการศึกษาของ ละออม สร้อยแสง⁽⁴⁾ ได้ศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ชุมชนมิตรภาพพัฒนา ซึ่งพบว่า แนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการคือ ปรับปรุงสิ่งแวดลอมภายในและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกก่าลังกายให้ผู้สูงอายุ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน ดังนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุต้องอาศัยทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยนอกของผู้สูงอายุร่วมกัน เพื่อลดปัญหาการหกล้มที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเอง



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการกำหนดนโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุทั้งที่บ้าน และในแหล่งชุมชนที่ผู้สูงอายุใช้หรืออยู่ เช่น วัด เป็นต้น
2. งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ผลการศึกษาสมการทำนายได้ร้อยละ 17 ดังนั้น ควรเพิ่มเติมและพัฒนางานวิจัยโดยสร้างโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และนำไปใช้ในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากวิทยาลัยนครรราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=12095&tid=&gid=1-027>.
4. ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และกนกพร นทีธนสมบัติ. (2557). อุบัติการณ์การหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(1): 122-129.
5. Daniel, W.W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons. 1995.
6. Best, J. W. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.
7. มานิตา รักศรี, นาริรัตน์ จิตรมณตรี และเสาวลักษณ์ จิรธรรม. ผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2562; 12(2): 132-150.



8. ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อธิพิณ ควงจินดา, กันธิมา ศรีหมากสูง, ศรีสุรางค์ เกษนา และ อังคณา บุญครอง. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยใน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 14(2): 94-107.
9. อศนัย เล่งอี และพันธพัฒน์ บุญมา. สภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้ม: กรณีศึกษา ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสิ่งแวดล้อมสรรค์ สร้างวินิจัย คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; 19(3): 43-60.
10. นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลา จินขาวำ, ชลธิชา บุญศิริ, สุรินทร์ มีลากลิ่น, จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, เพ็ญจมาศ คำธนะ และธานี กล่อมใจ. ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้ม และอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts) 2560; 10(3): 2492-2506.
11. ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. ประสิทธิผลของนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มใน ผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19(พิเศษ): 501-502.
12. กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัษฎพงศ์ และยุวดี รอดจากภัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. Naresuan University Journal: Science and Technology 2017; 25(4): 23-33.
13. สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม และอัมภิกา นาไวย์. การหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัด กิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองเชียงใหม่. วารสาร วิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563; 36(1): 22-38.
14. ณัฐชา พวงทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
15. ควงหทัย แสงสว่าง, ธรณวรรณ สมใจ, วิภาวรรณ เฟื่องพานิช, สุวพัชร ปกครอง, สุธีธิดา มุ่งพูนกลาง, ชนัชพร บุญรักษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนพัฒนาวัดกิ่ง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 2563; 14(3): 82-96.
16. กมลทิพย์ หลีกมัน. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าชุมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.



ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม ของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี

HEALTH LITERACY AND BEHAVIORS TO PREVENT INAPPROPRIATE USE OF CANNABIS AMONG SCHOOL AGE GROUP IN UDON THANI PROVINCE

Received: April 09, 2023

Revised: June 25, 2023

Accepted: August 18, 2023

ลลิตา สกุลพาเจริญ^{1*}

Lalina Sakulpacharoen^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียน จำนวน 173 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลศึกษา พบว่า นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ความรอบรู้ด้านทักษะการเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนทักษะการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับไม่ดี พฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาอยู่ในระดับดีมาก พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา และบทบาทสถานะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการใช้กัญชา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการใช้กัญชา พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32$, $p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับนักเรียน เพื่อให้ นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี และมีพฤติกรรมป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมที่ดียิ่งขึ้นไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกัน, กัญชา, กลุ่มวัยรุ่น

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Udon Thani Provincial Public Health Office

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



Abstract

The cross-sectional analytical research. The objective was to study the level of health literacy and prevention behaviors against inappropriate use of cannabis and to find the relationship between personal factors and health literacy and the preventive behaviors against inappropriate use of cannabis use among school age groups in Udon Thani. The sample group consisted of 173 students. Data were collected by using a questionnaire with an IOC between 0.67-1.00. The questionnaire's confidence was Cronbach's alpha coefficient of 0.73. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation was analyzed by chi-square test and find the Pearson correlation coefficient.

The results showed that students had overall health literacy at a fair level. Knowledge of understanding skills decision skills and information application skills were at fair level. Skills for accessing information and health services were at poor levels. Behavior preventing cannabis use was at a very good level. And found that the personal factors of age, gender, education level and status roles were not correlated with cannabis prevention behaviors. An analysis of the relationship of health literacy and preventive behaviors for cannabis use found that there was a statistically significant relationship ($r = 0.32$, $p\text{-value} < 0.05$).

Recommendations, Health literacy should be promoted for students. To provide students with good health knowledge and better preventive behaviors against inappropriate use of cannabis.

Keywords: Health Literacy, Prevention Behavior, Cannabis, School age group



บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ได้ถูกถ่ายทอดเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ในระยะ 5 ปี ยุทธศาสตร์การเสริมสร้าง และพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ มีแนวทางสำคัญในการพัฒนาศักยภาพคนให้มีทักษะ ความรู้ และความสามารถ ในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า โดยในกลุ่มเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น มีทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ รวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนนำกัญชามารักษาโรค และดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ ได้อย่างทั่วถึงมีคุณภาพ และปลอดภัย⁽²⁾ แต่กัญชานอกจากให้ประโยชน์ในการรักษาโรคแล้ว อาจก่อให้เกิดอันตรายที่คาดไม่ถึงได้เช่นกัน โดยเฉพาะในเด็ก เยาวชนที่มีอายุน้อยอาจทำให้เกิดผลเสียได้อย่างมาก ผลกระทบของกัญชาต่อสมองเด็กทำให้การทำงานของสมองแย่ลง เนื้อสมองน้อยลง ความจำสั้นและเสื่อมในระยะยาว ระดับเซาว์ปัญญา ลดลง คิดวิเคราะห์หัดด้อย ขาดสมาธิ การเรียนรู้และผลการเรียนแย่ลง พฤติกรรมเกร ก้าวร้าว ทำผิด กฎหมาย เสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้⁽³⁾ หลังจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ประกาศยกเว้นจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยเฉพาะกัญชา ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565⁽⁴⁾ พบว่า มีการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายขึ้น เป็นเหตุให้เด็ก และวัยรุ่นมีโอกาสเข้าถึงกัญชาและผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา จากการบริโภคอาหาร ขนม และเครื่องดื่มด้วยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ สะท้อนให้เห็นว่า เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง และเป็นอนาคตของประเทศชาติไม่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิที่พึงจะได้รับ จากรายงาน พบว่า มีผู้ป่วยเด็กได้รับผลกระทบจนมีอาการป่วยจากกัญชาทั้งทางกายและทางจิต ในบางรายอาการรุนแรง จนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงข่าวการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมในเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจนเกิดอันตราย มีอาการทางระบบประสาท ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และนักเรียนได้รับพิษจากการรับประทานอาหารผสมกัญชาเป็นต้น⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขตระหนัก ห่วงใยปัญหา และอันตรายจากการใช้กัญชาในเด็กและเยาวชน จึงได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565⁽⁵⁾ กำหนดให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่สามารถใช้ และเข้าถึงกัญชาได้ ประกอบกับกระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดมาตรการป้องกัน และเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้กัญชาในนักเรียน นักศึกษา หรือนักลากร ในสถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ โดยกำหนดประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาในสถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ⁽⁶⁾ ห้ามมิให้นักเรียน นักศึกษา หรือนักลากรใช้กัญชา เพื่อการนันทนาการใดๆ เพราะอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงให้หน่วยงานในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ส่งเสริม สนับสนุนให้มี



การจัดกิจกรรม การจัดการเรียนการสอน การฝึกอบรม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้กัญชาและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เพื่อสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากอันตรายของกัญชา

ความรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy องค์การอนามัยโลก (1998) นิยามว่า ทักษะต่างๆทางการรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น⁽⁷⁾ โดยทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล และบริการสุขภาพ⁽⁸⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่เด็กและเยาวชน โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจในเรื่องของกัญชาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันปัญหาการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมในวัยเรียน

ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มาสร้างกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ การจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรมพัฒนาความรู้ และพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่เด็กและเยาวชน เพื่อการป้องกันอันตรายจากกัญชาในสถานศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเทศบาลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปีการศึกษา 2565 จำนวน 5,391 คน



กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเทศบาลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรแบบทราบจำนวนประชากรของ Daniel⁽⁸⁾ กำหนดความแม่นยำของการประมาณที่ให้ผิดพลาดได้ร้อยละ 5 (Acceptable error = 0.05) ค่าสัดส่วนของประชากร เท่ากับ 0.8863 (ร้อยละ 88.63)⁽⁹⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 151 คน และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 173 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria) เป็นนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ อย.น้อย ในโรงเรียน และเกณฑ์คัดออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามโครงการวิจัยไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน ใช้เครื่องมือ และเกณฑ์การแปลผลตามแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565⁽¹⁰⁾ เป็นแบบประเมินมาตราส่วน 5 ระดับ ที่วัดความยากง่ายของการกระทำ ตั้งแต่ระดับไม่เคยทำ จนถึงระดับทำได้ง่ายมาก ดังนี้ ไม่เคยทำ (1 คะแนน) ทำได้ยากมาก (2 คะแนน) ทำได้ยาก (3 คะแนน) ทำได้ง่าย (4 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (5 คะแนน) มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

ด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ด้านที่ 2 ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ด้านที่ 3 ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ด้านที่ 4 ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านแปลผลโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (4-11 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ (12-13 คะแนน หรือร้อยละ 60-69 ของคะแนนเต็ม) ระดับดี (14-15 คะแนน หรือร้อยละ 70-79 ของคะแนนเต็ม) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน หรือมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม)⁽¹¹⁾

คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน นำมาแปลผลโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (16-47 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ (48-55 คะแนน



หรือร้อยละ 60-69 ของคะแนนเต็ม) ระดับดี (56-63 คะแนน หรือร้อยละ 70-79 ของคะแนนเต็ม) และระดับดีมาก (64-80 คะแนน หรือมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม)⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม ในกลุ่มวัยรุ่นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายถึงมัธยมศึกษาในโรงเรียน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน เป็นแบบประเมินมาตราส่วน 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกวัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

คะแนนรวมพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของนักเรียนทั้ง 15 ข้อ ที่ได้นำมาแปลผลโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (15-44 คะแนน หรือ $\leq 60\%$ ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ (45-52 คะแนน หรือ 60-69% ของคะแนนเต็ม) ระดับดี (53-59 คะแนน หรือ 70-79% ของคะแนนเต็ม) และระดับดีมาก (60-75 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽¹²⁾ (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ 0.73 ถือว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ ซูกรี วงศ์รัตน์⁽¹³⁾ ซึ่งกำหนดไว้ ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (0.91-1.00 แปลว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก, 0.71-0.90 แปลว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูง, 0.31-0.70 แปลว่า



มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง, 0.01-0.30 แปลว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ และ 0.00 แปลว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการเลขที่ UDREC 3265 วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.25 มีอายุอยู่ระหว่าง 13-15 ปี ร้อยละ 42.20 กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ร้อยละ 48.55 และมีบทบาทเป็นนักเรียนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.41 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 173)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	48	27.75
- หญิง	125	72.25
2. ปัจจุบันนักเรียนอายุ (ปี)		
- อายุ 10-12 ปี	47	27.17
- อายุ 13-15 ปี	73	42.20
- อายุ 16-18 ปี	53	30.63
3. นักเรียนกำลังศึกษาชั้น		
- ประถมศึกษาปีที่ 4-6	31	17.92
- มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	84	48.55
- มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	58	33.53
4. บทบาท สถานะ		
- แขนงนักเรียน	46	26.59
- นักเรียน	127	73.41



2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 48.55, 35.26, 36.99 และ 39.31 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 50.13$ S.D. = 11.50) และเมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 46.82 รองลงมาในระดับพอใช้ ร้อยละ 20.23 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบ (n = 173)

องค์ประกอบ	ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ $\bar{X} = 11.94$ S.D. = 3.23 Min = 5 Max = 20	84 (48.55)	37 (21.39)	27 (15.61)	25 (14.45)
2. ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ $\bar{X} = 12.61$ S.D. = 3.27 Min = 6 Max = 20	61 (35.26)	44 (25.43)	34 (19.65)	34 (19.65)
3. ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ $\bar{X} = 12.73$ S.D. = 3.39 Min = 6 Max = 20	64 (36.99)	34 (19.65)	38 (21.97)	37 (21.39)
4. ทักษะประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ $\bar{X} = 12.84$ S.D. = 3.45 Min = 6 Max = 20	68 (39.31)	36 (20.81)	29 (16.76)	40 (23.12)
คะแนนรวมทั้ง 4 องค์ประกอบ $\bar{X} = 50.13$ S.D. = 11.50 Min = 26 Max = 78	81 (46.82)	35 (20.23)	32 (18.50)	25 (14.45)

3. พฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม

พฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม ในระดับดีมาก ร้อยละ 83.82 รองลงมาในระดับดี ร้อยละ 9.83 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.90 คะแนน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม (n = 173)

ระดับคะแนนพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี (<60%ของคะแนนเต็ม)	3	1.73
พอใช้ (60-69%ของคะแนนเต็ม)	8	4.62
ดี (70-79%ของคะแนนเต็ม)	17	9.83
ดีมาก ($\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม)	145	83.82
$\bar{X}=64.90$ S.D.=6.68 Min=40 Max=75		

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม พบว่า เพศ อายุนักเรียน ระดับการศึกษา และบทบาทสถานะของนักเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.106, 0.920, 0.706 และ 0.550 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม (n = 173)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม				χ^2	p-value
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก		
1. เพศ						
ชาย	2 (4.17)	4 (8.33)	6 (12.50)	36 (75.00)	5.484	0.106
หญิง	1 (0.80)	4 (3.20)	11 (8.80)	109(87.20)		
2. ปัจจุบันนักเรียนอายุ (ปี)						
อายุ 10-12 ปี	0 (0.00)	2 (4.26)	5 (10.64)	40 (85.11)	2.505	0.920
อายุ 13-15 ปี	1 (1.37)	4 (5.48)	8 (10.96)	60 (82.19)		
อายุ 16-18 ปี	2 (3.77)	2 (3.77)	4 (7.55)	45 (84.91)		
3. นักเรียนกำลังศึกษาชั้น						
ประถมศึกษาปีที่ 4-6	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (9.68)	28 (90.32)	3.839	0.706
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	1 (1.19)	5 (5.95)	10 (11.90)	68 (80.95)		
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	2 (3.45)	3 (5.17)	4 (6.90)	49 (84.48)		



ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม				χ^2	p-value
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก		
4. บทบาทสถานะ						
แกนนำนักเรียน	0 (0.00)	1 (2.17)	3 (6.52)	42 (91.30)	2.072	0.550
นักเรียน	3 (2.36)	7 (5.51)	14 (11.02)	103(81.10)		

สถิติ Fisher's exact test

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม

พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ระดับต่ำ ส่วนทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน (n = 173)

องค์ประกอบ	พฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม			
	Pearson Correlation	p-value	ทิศทาง	ระดับความสัมพันธ์
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.226	0.003	บวก	ต่ำ
2. ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.312	<0.001	บวก	ปานกลาง
3. ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.235	0.002	บวก	ต่ำ



องค์ประกอบ	พฤติกรรมกำกวมในการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม			
	Pearson Correlation	p-value	ทิศทาง	ระดับ ความสัมพันธ์
4. ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการ สุขภาพ	0.327	<0.001	บวก	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	0.320	<0.001	บวก	ปานกลาง

*Correlation is significant at 0.05 level (2-Tailed)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มวัยรุ่นเรียน ในจังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่า นักเรียนเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อย และอาจจะมีการปฏิบัติตัว เพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ เพราะนักเรียนส่วนใหญ่เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับการศึกษายังไม่สูงมากนัก และอายุน้อย ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลที่เหมาะสมอาจยังทำได้ไม่มากนัก ส่วนทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี เพราะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพต้องอาศัยความรู้ความสามารถ เครื่องมือ รวมถึงการเสาะแสวงหาหนทาง และวิธีการที่จะเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ดังนั้น ในเด็กนักเรียนที่ระดับการศึกษายังไม่สูงมากนัก และอายุน้อย อาจยังมีข้อจำกัดด้านนี้อยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญฉวี และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นเรียน ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 397 คน พบว่า เด็กวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจ เพื่อสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี จึงควรมีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่น

พฤติกรรมกำกวมในการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่นเรียน ในจังหวัดอุดรธานี โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก แสดงว่า นักเรียนมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมได้อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ที่เป็นเช่นนี้ เพราะโรงเรียนเทศบาลในจังหวัดอุดรธานี ได้เข้าร่วมโครงการ อย.น้อยในโรงเรียน ซึ่งนอกจากมีกิจกรรมด้านส่งเสริมความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการเลือกซื้อเลือกบริโภคอย่างถูกต้องและปลอดภัยแล้ว ยังมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ป้องกันภัยจากยาเสพติดอีกด้วย จึงทำให้นักเรียนมีความรู้เรื่องวิธีป้องกันตนเองจากกัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมเป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษา วรณสว่าง ยานกาย และคณะ⁽¹⁵⁾



ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนโรงเรียนทรายมูลวิทยา อำเภотรายมูล จังหวัดยโสธร พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้ เพราะโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมด้านยาเสพติด ทำให้นักเรียนมีความรู้เรื่องพิษภัยของยาเสพติดเป็นอย่างดี จึงไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทุกชนิด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี ไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ว่าจะมีอายุ ระดับการศึกษา เพศชาย หรือเพศหญิง ทุกคนเป็นนักเรียนที่มีบทบาท และสถานะเป็นแกนนำนักเรียน และเป็นนักเรียนที่อยู่ในชมรม อย.น้อย ของโรงเรียน ซึ่งนักเรียนจะได้รับการพัฒนาศักยภาพและอบรมเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในคาบเรียนกิจกรรมชมรมที่โรงเรียนจัดขึ้น รวมทั้งมีการเรียนรู้เรื่องโทษและพิษภัยของสารเสพติดในรายวิชาสุขศึกษาในชั้นเรียน จึงทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มวัยรุ่น ในจังหวัดอุดรธานี มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ระดับปานกลาง ($r = 0.32$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถรู้จักเลือกบริโภคอาหารก่อนตัดสินใจซื้อ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา ป้องกันตนเองจากบุคคลอื่นที่จูงใจให้ใช้ยาเสพติด หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ รวมถึงทราบอันตราย และผลเสียต่อสุขภาพจากการใช้กัญชา ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีราวุธ ปุณณวิช และศิริประไพ ทองเทพ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า นักเรียนที่เคยได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ และความรู้ด้านสุขภาพต่างๆ จะทำให้นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้แล้วนักเรียนที่ได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และพิษภัยของยาเสพติดจากโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมด้านยาเสพติด จะทำให้นักเรียนมีความรู้เรื่องพิษภัยของยาเสพติดเป็นอย่างดี รู้จักดูแลสุขภาพของตนเอง และไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีกับนักเรียนคนอื่นได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ และป้องกันพฤติกรรมการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้ นักเรียนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันตนเองจากกัญชาอย่างถูกต้อง



2. ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการใช้ยาในทางที่ไม่เหมาะสมให้กับนักเรียน เพื่อให้นักเรียนมีความรอบรู้ที่ดียิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นเฉพาะในกลุ่มวัยเรียนเท่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์เพิ่มมากขึ้นควรทำการศึกษาในกลุ่มวัยอื่นๆ ต่อไป

2. ควรทำการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือ สร้างนวัตกรรม พัฒนารูปแบบเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 8 และภาคีเครือข่ายในทีมสุขภาพเทศบาลนครอุดรธานี ที่บูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) (2561). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก. หน้า 1-74.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและแผนสำคัญ ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/annual-policy/>
3. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ผลกระทบของกัญชาต่อสมองเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.medcannabis.go.th/activity/กัญชาทางการแพทย์>
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 35 ง. (ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565)
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 272 ง. (ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565)
6. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาหรือกัญชงในสถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัด และในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 156 ง. (ลงวันที่ 4 กรกฎาคม 2565)
7. WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva: 1-10



8. Daniel, W.W. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. Fourth Edition. New York: John Wiley & Sons 1987; 153-155.
9. กัลยาณี ดันทรามนต์, อนนท์ วิสุทธิ์ ธนนานนท์, วีระพร สุทธากรณ์, บังอร สุภวิทิตพัฒนา, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และเสาวนีย์ คำปวน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุข ล้านนา 2563; 16(2): 61-71.
10. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือสำหรับวัดโรงเรียน โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ปี 2565 รอบที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/436>.
11. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือรหัสบันทึกข้อมูลแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน สำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี. [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/436>.
12. Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. 3 rd ed. New York: Harper. 1951.
13. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ. เทพเนรมิตการพิมพ์; 2544: 316.
14. ประไพ กิตติบุญฉวี, จีราภรณ์ ชื่นน้า และศักดิ์มงคล เชื้อทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม 2565; 7: 71-84
15. วรรณสว่าง ยานกาย, สัญญา เคนาภูมิ และสนุก สิงห์มาก. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนโรงเรียนทรายมูลวิทยา อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ 2561; 47: 1073-9.
16. ชีราวุธ ปุณณวิช และศิริระบุพ ทองเทพ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียนอายุ 10-14 ปี อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2563; 5: 26-36.



การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร

THE DEVELOPMENT OF COMMUNITY BASED TREATMENT FOR DRUG ADDICTS: A CASE STUDY COMMUNITY IN PATIU DISTRICT, YASOTHON PROVINCE

Received: June 25, 2023

Revised: August 19, 2023

Accepted: August 25, 2023

ราศรี อาษาจิตร¹, สุจิตตา ฤทธิมนตร์^{2*}

Rasri asachit¹, Sujitta Ritmontree^{2*}

บทคัดย่อ

ผู้ติดสารเสพติดในชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ผู้สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระสงฆ์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ปกครอง ผู้ติดสารเสพติดและครอบครัว รวมทั้งหมด 109 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม สังเกต และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการดำเนินการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย อบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรอง บำบัด พิ้นฟูและการเฝ้าติดตามผู้ติดยาเสพติด มีการนิเทศ ประเมินผล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.6 (S.D = 0.19) 3) ผู้ติดสารเสพติดหยุดใช้สารเสพติดได้ร้อยละ 83.33 เมื่อติดตามครบ 12 เดือน

ดังนั้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างถาวร

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ผู้ติดสารเสพติด, การบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ โรงพยาบาลป่าติ้ว จังหวัดยโสธร

Patio Hospital Yasothon Province

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Faculty of Nursing, Roi Ed Rajabhat University

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



Abstract

Drug addicts in the community tend to increase. This Participatory Action Research aimed to Development of Community Based Treatment for Drug Addicts: A Case Study Community in Patiu District, Yasothon Province. The target group was purposively voluntary and willing to participate in the research, 109 people were community leaders, citizens, health volunteers, monks, nurses, administrative officials, drug addicts and their families, including a total of 109 samples. Data were collected using questionnaires, interviews, focus groups, observations, and data recording forms. Quantitative data were analyzed by percentage, mean and standard deviation. The qualitative data were analyzed by content analysis.

The results: 1) the development of a model for taking care of drug users with community participation. There was an operation model created, a committee was appointed, network capacity development, caregivers were trained, and related parties, screening, treatment, rehabilitation and follow-up visits. There is supervision, evaluation and a forum to exchange knowledge and take lessons. 2) The level of community participation was at a high level with an average of 2.6 (S.D = 0.19). 3) Drug users were able to stop using drugs 83.33 percent at 12 months of follow-up.

Therefore, the potential of the community should be developed continuously to encourage drug users to stop using drugs permanently.

Keywords: Pattern development, Drug addict, Community Based Treatment



บทนำ

การใช้สารเสพติดเป็นปัญหาทั่วโลกที่สำคัญปัญหาหนึ่งทางสาธารณสุข และส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของชาติ จากการรายงานของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม⁽¹⁾ ระบุว่า ประชากรทั่วโลกอายุ 15-64 ปี กว่า 29 ล้านคนที่ใช้สารเสพติดต้องทุกข์ทรมานจากการใช้ โดยแนวโน้มของผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งเพิ่มมากขึ้น จาก 210 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2009 เป็น 271 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2017 คิดเป็นความชุกที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.8 เป็นร้อยละ 5.5⁽²⁾ ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสค.) ปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีผู้ได้รับการบำบัดรักษายาเสพติด 212,646 คน ส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพศชายร้อยละ 89.66 อายุผู้ได้รับการบำบัดส่วนใหญ่อยู่กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 18.24 ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมา คือ ผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ร้อยละ 4.40⁽³⁾ และพบว่าเป็นผู้ได้รับการบำบัดเป็นผู้เสพยาใหม่ถึงร้อยละ 70.34 จนเกิดภาวะการเสพติดซ้ำ และอาการทางจิตเวชจากยาเสพติด⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดยโสธร มีผู้ได้รับการบำบัดจำนวน 2,780 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.55 ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 96.37 รองลงมา คือ กัญชา ร้อยละ 2.95⁽⁵⁾ ซึ่งการดำเนินการบำบัดรักษาได้ดำเนินการตามหลักการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการ ถอนพิษยา พิ้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้แนวคิดการบำบัดรักษาในรูปแบบจิตสังคมบำบัด หรือเรียกว่า Matrix Program เป็นการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล เมื่อบำบัดครบตามกำหนดมักจะพบปัญหาในการติดตาม และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล และการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย เช่นเดียวกับโรงพยาบาลป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ได้รับการบำบัดสารเสพติดในโรงพยาบาลป่าติ้ว จำนวน 87, 125 และ 89 คน ตามลำดับ ผลการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ร้อยละ 50.00, 40.00 และ 36.37 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ด้วยเหตุหลายปัจจัย และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเหล่านี้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ยังมีอีกหลายคนในชุมชนที่ใช้สารเสพติด และยังไม่ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หรือบางรายผ่านการบำบัดรักษาและกลับไปเสพติด ชุมชนเองมองว่า เป็นปัญหาของชุมชนหากแต่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจ และมีข้อจำกัดในการจัดการกับปัญหา

ในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้นำนโยบายการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาเพิ่มเป็นทางเลือกของการบำบัดรักษา โดยมีรูปแบบการบำบัดรักษาเชิงบูรณาการ โดยเฉพาะต่อผู้ติดยาเสพติด และติดยาในชุมชนเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีทางเลือกและเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด โดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลก ระบุว่า ผู้ติดยาเสพติดที่



เข้ารับบริการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด⁽⁷⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดของโรงพยาบาลป่าดัว อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร ได้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด จึงได้มีการพัฒนาสร้างรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart (1988)⁽⁸⁾ โดยมี 4 ขั้นตอน คือ 1) วางแผน (Plan) 2) ปฏิบัติการ (Act) 3) สังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 – มิถุนายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน ครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองชุม เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลป่าดัว พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่ปกครอง ผู้ติดสารเสพติด ครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่วิจัย กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม รวมทั้งหมด 109 คน ได้แก่ 1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน ประชาชนในชุมชน จำนวน 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลป่าดัว จำนวน 2 คน พระสงฆ์ จำนวน 2 รูป เจ้าหน้าที่ปกครอง จำนวน 3 คน และครอบครัวผู้ใช้ยาเสพติด จำนวน 36 คน รวม 73 คน และ 2) กลุ่มผู้ติดสารเสพติดในชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 36 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นี้มี 3 ส่วนได้แก่

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การประชุมกลุ่ม การใช้การสังเกต และการบันทึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึก การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การบันทึกเทป บันทึกภาพ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและการสร้างเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ทั้งฉบับ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามตั้งแต่ ระดับ 0.52 และความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.76 แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยมี 3 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มาก = 3 คะแนน ปานกลาง = 2 คะแนน น้อย = 1 คะแนน การแปลความหมายระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามคิดค่าคะแนนเฉลี่ยจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น สรุปผล 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายความว่า มีส่วนร่วมระดับมาก 1.67-2.33 หมายความว่า มีส่วนร่วมระดับปานกลาง 1.00-1.66 หมายความว่า มีส่วนร่วมระดับน้อย

3. เครื่องมือศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อผู้ติดสารเสพติดเป็นแบบคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V.2)^(๑) ซึ่งการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 2-3 คะแนน อนุมานว่า เป็นผู้ใช้ (การเสพติดที่มีความเสี่ยงต่ำ) 4-26 คะแนน อนุมานว่า เป็นผู้เสพ (การเสพติดที่มีความเสี่ยงปานกลาง) และ ≥ 27 คะแนน อนุมานว่า เป็นผู้ติด (การเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง) นำแบบคัดกรองที่ได้นี้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และแบบบันทึกการหยุดเสพยาเสพติดเมื่อติดตามเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และ 12 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะประชากร ระดับการมีส่วนร่วม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่ออธิบายรูปแบบการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ปฏิบัติตามเกณฑ์การปฏิบัติที่ดี (Good Clinical Practice; GCP) สิทธิ ความปลอดภัย จะได้รับความคุ้มครองตามหลักการแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เอกสารรับรองเลขที่ HE6414 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2564

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาจำนวน 73 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 65.40 มีช่วงอายุ 40-50 ปี ร้อยละ 42.50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.30 มีการศึกษา ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 44.00 มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 82.50 ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชน แห่งหนึ่งในอำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร มีดังนี้

1. รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชน แห่งหนึ่งในอำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร ได้รูปแบบจากการพัฒนาที่ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1) การสร้างรูปแบบการดำเนินงาน ดำเนินการ ดังนี้

1.1) การจัดทำแผนงาน โครงการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน พบว่า มีการสนับสนุนการดำเนินการเป็นอย่างดี โดยมีการบูรณาการกับแผนงานของชุมชน

1.2) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ผู้นำชุมชนทางธรรมชาติ ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน ครอบครัวผู้ติดสารเสพติด อาสาสมัครสาธารณสุข พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองชุม เจ้าหน้าทีจากโรงพยาบาลป่าดัว เป็นกรรมการ มีการกำหนดบทบาท และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินการ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการเสริมสร้าง ศักยภาพคณะกรรมการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการศึกษาดูงาน แห่งอื่นที่ดำเนินการดูแล บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในชุมชน เพื่อเป็นแนวทาง ในการดำเนินงานของคณะกรรมการ นอกจากนี้ ยังได้แลกเปลี่ยนปัญหาการดำเนินงานดูแลผู้ติดสารเสพติด ในชุมชน และเครือข่ายการดำเนินงานด้านยาเสพติด เพื่อมาปรับประยุกต์ใช้พื้นที่ตัวอย่าง

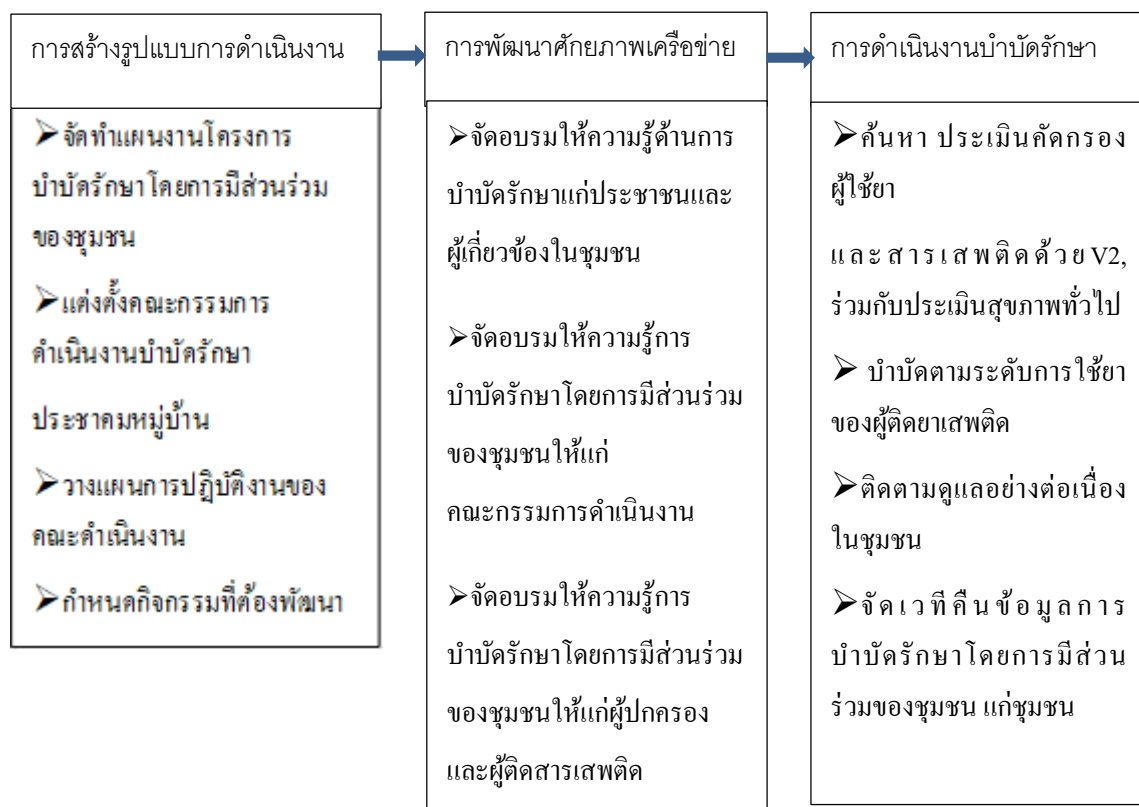
3) การอบรมให้ความรู้ผู้บำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด ครอบครัว ประชาชนทั่วไป เป็นการ อบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้บำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด ครอบครัว และ ประชาชนทั่วไป ได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากโรงพยาบาลป่าดัว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองชุม พร้อมทั้งมีการฝึกเขียนแผนการเยี่ยม และแนวทางการเยี่ยมผู้ติดสารเสพติด



4) การคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟู และการติดตาม แคนนำสำคัญ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประชาชน ดำเนินการคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตาม มีการเขียนแผนงานการดำเนินการ หลังจากผ่านการอบรมความรู้การดูแล และติดตามเยี่ยม ผู้ติดสารเสพติด มีการช่วยเหลือครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ติดสารเสพติดเป็นแกนนำในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดสารเสพติดด้วยกัน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน

5) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยทีมพี่เลี้ยง ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้เนิเทศติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้ติดสารเสพติด โดยติดตามการเยี่ยมผู้ติดสารเสพติด ทีมผู้บำบัดรักษา ครอบครัว ชุมชน ทั้งรูปแบบลงเยี่ยมในพื้นที่ การนิเทศติดตามผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ เฟสบุ๊ก และชม เป็นต้น

ภาพที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร





2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา จำนวน 73 คน พบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวม และทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.60, S.D. = 0.19) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยด้านร่วมคิดมีระดับค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สูงที่สุด ($\bar{X}$ = 2.55, S.D. = 0.40) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำแนกรายด้าน (n=73 คน)

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านร่วมคิด	2.55	0.40	มาก
ด้านร่วมตัดสินใจ	2.58	0.33	มาก
ด้านร่วมดำเนินการ	2.63	0.30	มาก
ด้านร่วมรับผลประโยชน์	2.60	0.38	มาก
ด้านร่วมประเมิน	2.61	0.31	มาก
การมีส่วนร่วมโดยรวม	2.60	0.19	มาก

3. ผลดำเนินการพัฒนารูปแบบการการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อผู้ใช้ยาเสพติด

มีผู้ติดสารเสพติดสมัครใจเข้าร่วมจำนวน 36 คนโดยพบว่า ผู้ติดสารเสพติดที่เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.44 มีอายุเฉลี่ย 31.33 ปี สถานภาพสมรสโสดมากที่สุด ร้อยละ 38.88 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 38.88 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 55.56

เมื่อพิจารณาด้านสารเสพติด พบว่า สารเสพติดที่ใช้หลักส่วนใหญ่เป็นยาบ้า ร้อยละ 97.22 สารเสพติดที่ใช้รวมมากที่สุด คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 57.69 ระยะเวลาในการใช้สารเสพติด 2 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 41.66 เมื่อประเมินตามแบบคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายา และสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.V.2) พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 4-26 คะแนน ซึ่งอนุมานว่าเป็น ผู้เสพ มากที่สุด ร้อยละ 75.00 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของผู้ติดสารเสพติดที่เข้าร่วมพัฒนา
รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (n=36)

ข้อมูลเกี่ยวกับการสารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
สารเสพติดหลักที่ใช้		
กัญชา	1	2.78
ยาบ้า	35	97.22
สารเสพติดที่ใช้ร่วม/สลับ		
บุหรี่	20	38.46
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	30	57.69
กัญชา	1	1.92
ไอซ์	1	1.92
ระยะเวลาในการใช้สารเสพติด		
6 เดือน	3	8.33
1 ปีขึ้นไป	12	33.33
2 ปี	15	41.66
3 ปี	6	16.67
ระดับคะแนนตามแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2.		
2-3 คะแนน อนุมานว่า เป็นผู้ใช้	3	8.33
4-26 คะแนน อนุมานว่า เป็นผู้เสพ	27	75.00
27+ คะแนน อนุมานว่า เป็นผู้ติด	6	16.67

หลังจากผู้ติดสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
แล้วติดตามผลการหยุดเสพยาเสพติด พบว่า สามารถหยุดเสพยาได้ ร้อยละ 100, 97.22, 94.44, 88.88
และร้อยละ 83.33 เมื่อติดตามเยี่ยมในเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และ 12 เดือน ตามลำดับ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระยะเวลาการหยุดเสพของ ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา
ผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (n = 36)

ระยะเวลาการหยุดเสพ	จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน		
	ทั้งหมด (คน)	หยุดเสพ (คน)	ร้อยละ
หยุดเสพ 1 เดือน	36	36	100
หยุดเสพ 3 เดือน	36	35	97.22
หยุดเสพ 6 เดือน	36	34	94.44
หยุดเสพ 9 เดือน	36	32	88.88
หยุดเสพ 12 เดือน	36	30	83.33

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน :
กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ในครั้งนี้ ได้รู้รูปแบบการบำบัดรักษา
ผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเริ่มแต่งตั้งคณะกรรมการ การพัฒนาศักยภาพ
เครือข่าย การอบรมให้ความรู้ผู้บำบัดรักษา ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรอง บำบัดรักษา พิ้นฟู และการเยี่ยม
ติดตามผู้ติดยาเสพติด การนิเทศ ประเมินผล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน การมีส่วนร่วม
ในการพัฒนามีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.19) และผู้ติดยาเสพติดที่
ได้รับการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถหยุดเสพสารเสพติดได้ ร้อยละ 83.33
ในช่วง 12 เดือน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน :
กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ได้ดำเนินวางแผนการปฏิบัติงาน ลงมือ
ปฏิบัติตามแผน ติดตามสังเกตการณ์ และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน จนได้รู้รูปแบบการบำบัดรักษา
ผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การแต่งตั้งคณะกรรมการ การพัฒนาศักยภาพ
เครือข่าย การอบรมให้ความรู้ผู้บำบัดรักษา ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรอง บำบัดรักษา พิ้นฟู และการเยี่ยม
ติดตามผู้ติดยาเสพติด การนิเทศ ประเมินผล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน ซึ่งมีความ
แตกต่างจากการศึกษาของ นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่นำเอาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment : CBTx) มาใช้ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัด



มหาสารคาม โดยใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย การสืบสภาพชุมชน การพบปะแนะนำ การจัดเวทีประชาคมเพื่อประกาศวาระชุมชน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การคัดแยกผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด แนวทางในการป้องกันยาเสพติด การรับรองครัวเรือน การใช้มาตรการทางสังคม และการรักษาสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง ร่วมกับกระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน และมาตรการของชุมชน บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นลักษณะการนำเอารูปแบบที่มีอยู่แล้วมาใช้ในการดำเนินงาน หากแต่การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการจากความต้องการของชุมชนร่วมคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา รับรู้ปัญหา วางแผนจัดการกับปัญหาร่วมกัน สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม และการเสริมพลังอำนาจของ Gibsion⁽¹¹⁾ ที่อธิบายเกี่ยวกับการตระหนักถึงศักยภาพของข้อจำกัดของตนในการเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขปัญหานั้นๆ กระบวนการนี้ เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติ และร่วมมือกันแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนของตนเอง และสอดคล้องกับแนวคิดของ UNODC⁽⁷⁾ ที่อธิบายการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชนเชิงบูรณาการ เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเกี่ยวข้องถึงการประสานงานร่วมกับหลายหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ สังคม และการบริการอื่นๆ จากบุคคลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยอย่างเข้มแข็งในการแก้ปัญหายาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว

การมีส่วนร่วมของชุมชนจากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.19) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ ตติยนันทพร⁽¹²⁾ ที่พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกัน และรักษาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{X} \pm S.D. = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X} \pm S.D. = 4.23 \pm 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการประเมินการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาแบบ แต่อย่างไรก็ตาม ผลของการพัฒนารูปแบบการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร ในครั้งนี้เกิดผลให้ผู้ติดยาเสพติดในชุมชนเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจจนสามารถหยุดสารเสพติดได้ร้อยละ 100, 97.22, 94.44, 88.88 และร้อยละ 83.33 เมื่อติดตามเยี่ยมในเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และ 12 เดือน ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าการบำบัดแบบจิตสังคมเดิมที่ใช้ในโรงพยาบาลป่าดัวที่ผ่านมา⁽⁶⁾ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix program) พบว่า มีผู้ป่วยติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดสามารถหยุดเสพได้ ร้อยละ 41.98 และผู้มีการเสพยาในระหว่างการบำบัดสามารถหยุดเสพได้ เมื่อครบระยะเวลาการบำบัด ร้อยละ 9.16⁽¹³⁾ แต่มีความสอดคล้องกับศึกษาของ นิติยา ฤทธิ์ศิริ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่นำเอารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มาศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม



จังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลางจำนวน 19 คน สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ ร้อยละ 100 เมื่อติดตาม 3 เดือน แต่ไม่ได้รายงานการติดตามผลในระยะเวลา 6, 9 และ 12 เดือน เหมือนการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าการให้ครอบครัวชุมชนได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ทำให้ครอบครัวรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย เพราะครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจึงทำให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้กำลังใจ การแสดงความรักเอาใจใส่ดูแล อันแสดงถึงการยกย่องยอมรับของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความห่วงใย ความรัก ความเข้าใจที่ครอบครัวมีให้กับตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงในการกลับไปเสพยา⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ การศึกษาของ อารักษ์ ประชุมวรรณ และสภาพร ชมหงส์⁽¹⁵⁾ ยังพบว่า ผลของการพัฒนารูปแบบชุมชนร้อยเอ็ดปลอดบุหรี่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจะทำให้ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ของจังหวัดร้อยเอ็ด มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi – square test 101.86, p-value < 0.05) แสดงให้เห็นถึง ครอบครัว ชุมชนที่มีพลังอำนาจ มีการใช้ทักษะ และทรัพยากรของตนเองและกลุ่ม เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม จนมีความรู้สึกรับรู้ของการเป็นเจ้าของชุมชนที่ชัดเจน จนเกิดเป็นระบบ หรือรูปแบบการช่วยเหลือกันอย่างเป็นธรรมชาติ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดเป็นบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญของพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด และหรือพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อการช่วยเหลือผู้ติดสารเสพติดให้สามารถหยุดใช้สารเสพติด ส่งผลดีต่อสุขภาวะทั้งต่อผู้ติดสารเสพติด ครอบครัวและสังคม ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร ในครั้งนี้ ถือได้ว่าเป็นแบบอย่างที่ดีในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในชุมชน เป็นการพัฒนาศักยภาพสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน ให้มีความรู้ มีทัศนคติที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความมั่นใจในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด ควรมีการขยายผล นำไปใช้สร้างในพื้นที่อื่นๆ มีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษารอบการประกอบ และการพัฒนารูปแบบการผลักดันให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถหยุดใช้ยาได้อย่างถาวร



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลป่าดู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองชุม
ผู้นำชุมชน อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. World drug report 2015. Geneva: UNODC; 2015.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). 29.5 million people globally suffer from drug use disorders, opioids the most harmful. [Internet]. [cited 2023 May 30]; Available From: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.htm>
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (2566). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://antidrugnew.moph.go.th/Identity/STS/Forms/Account/>
4. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.สถานการณ์ยาเสพติด ประกอบการจัดทำแผน ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.nccd.go.th/upload/news/62.pdf>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (2564). รายงานผลการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จังหวัดยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
6. โรงพยาบาลป่าดู่ (2564). รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลป่าดู่: โรงพยาบาลป่าดู่ จังหวัดยโสธร.
7. World Health Organization. การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ติดยาเสพติด และติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx-brief-TH.pdf>
8. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.).Victoria : Deakin University.
9. กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ติดยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/161109147870
10. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19(2): 50-63.



11. Gibson, C. H. A Concept Analysis of Empowerment. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 1991; 16: 354-361. Available from: [https://www.scirp.org/\(S\(vtj3fa45qm1ean45vvffcz55\)\)/](https://www.scirp.org/(S(vtj3fa45qm1ean45vvffcz55))/)
12. นิภาวรรณ ตติยนันทพร. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/Rasia/Downloads/RHPC9J_2565_16_2_Article17_Nipawun
13. วงศพัทธ์ บุญมาก. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดค่ายขวัญแผ่นดิน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2561; 14(2): 50-63.
14. นุรินยา แหะหมัด และคณะ. การมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdtm.in.th/paper/24>
15. อารณีย์ ประชุมวรรณ และสภาพร ชมหงส์. การพัฒนารูปแบบชุมชนร้อยเอ็ดปลอดภัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560; 10(3): 464-475.



**ระดับทัศนคติและการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้าน
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการ
สาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย**

**LEVELS OF ATTITUDES AND PARTICIPATION IN HEALTH ECONOMIC POLICY
IMPLEMENTATION MEASURES HEALTH AND CULTURAL TOURISM IN THE
SITUATION OF COVID-19 UNDER PUBLIC HEALTH MEASURES: A CASE STUDY OF
SANDBOX CHIANG KHAN, LOEI PROVINCE**

Received: May 23, 2023

Revised: August 16, 2023

Accepted: August 26, 2023

วัชรี้ แก้วสา^{1*}, นันทะกานต์ ขาวดา¹, จิตภินันท์ แสนหลวงอินทร์¹,

รัตติยา บุญเกียรติบุตร¹, นิตริตน์ มีกาย²

Watcharee Khaews^{1*}, Nanthagan Khawda¹, Jitpinan Saenluanginn¹,

Rattiya Boonkiattiboot¹, Nitirat meekai²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับทัศนคติและการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการประเมินในผู้ประกอบการในพื้นที่การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 245 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ด้านระดับทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.58) ข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุด คือ โครงการช่วยให้การท่องเที่ยวดีขึ้น และช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 0.49) ด้านส่วนร่วมของผู้ประกอบการที่มีต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ พบว่า ผลรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$,

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Loei Provincial Public Health Office

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province

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



S.D. = 0.61) ด้านที่มีผลการประเมินมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.62)

จากศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ประกอบการมีระดับทัศนคติที่ดี และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายวางแผนการดำเนินงานจะช่วยให้การดำเนินการเป็นไปได้โดยง่าย เพราะผู้ประกอบการจะมีความเข้าใจ และเกิดความรับผิดชอบซึ่งมีส่วนสำคัญในการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานสาธารณสุข ช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยวต่อไป

คำสำคัญ: ระดับทัศนคติ, การมีส่วนร่วม, นโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ, การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เชียงคาน

Abstract

The purpose of this research study was to assess the Levels of Attitude and Participation in Health Economic Policy Implementation Measures in Health and Cultural Tourism in the Situation of COVID-19 Under Public Health Measures: A Case Study of Chiang Khan Sandbox, Loei Province. Assessment was conducted on entrepreneurs in the area by purposive sampling of 245 people. The tool used was a questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results showed that the attitude level was at the highest level ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.58). The project helped improve tourism and stimulated the economy at the highest level ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 0.49). The total participation was at the highest level ($\bar{X} = 4.57$, S.D. = 0.61). Participation in planning was at the highest level ($\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.62).

From this study, it was found that Entrepreneurs have a good attitude level and participate in policy formulation, operational planning will help the operation to be easy because entrepreneurs will understand. and accountability which plays an important role in the implementation of public health standards. Help to stimulate the economy and build confidence for tourists in the future.

Keywords: Levels of Attitude, Participation, Health economic policy, Health tourism Chiang Khan



บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และหลังจากหายป่วยไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการใช้ชีวิตของประชาชน จากการศึกษาของสุริยะ หาญพิชัย และพัชรวงษ์ จุลสวัสดิ์ ผลกระทบของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี พบว่า ด้านเศรษฐกิจทำให้ประชาชนขาดรายได้ ด้านสุขภาพจิตเกิดความวิตกกังวล ด้านสิ่งแวดล้อมเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต และยังมีผลกระทบมากที่เกิดจากการระบาดของโรค โควิด-19 (COVID-19)⁽¹⁾ ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ดร. สมชัย จิตสุชน กล่าวว่า จากผลกระทบทางเศรษฐกิจของการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายประการหนึ่ง คือ “ควรมีมาตรการเฝ้าระวัง (Monitoring) การเกิดแผลเป็นทางเศรษฐกิจและสังคมโดยแผลเป็นหมายถึงกิจการหรือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจาก โรคโควิด-19 (COVID-19) แบบต่อเนื่องยาวนาน และไม่มีโอกาสฟื้นตัวแม้การระบาดจะหายไป”⁽²⁾ จากผลกระทบรัฐบาลไทยจึงมีการวางแผนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ปัญหาจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) จากแนวนโยบายของรัฐบาลโดยใช้สร้างความสมดุลระหว่างสุขภาพ และปากท้อง ยึดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ ใช้มาตรการควบคุมเท่าที่จำเป็น เพื่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุดจนหลายประเทศขึ้นชมประเทศไทยในเรื่องการควบคุมสถานการณ์โรคโควิด-19 (COVID-19)⁽³⁾ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของประเทศไทย เนื่องจากรายได้หลักของประเทศมาจากการท่องเที่ยวจากต่างประเทศ จากการร่วมวางแผนกับกระทรวงสาธารณสุขการแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจด้วยการท่องเที่ยวต้องคำนึงถึงการป้องกันควบคุมโรค และความปลอดภัยของประชาชนร่วมด้วยรัฐบาล จึงได้มีนโยบายเปิดประเทศภายใน 120 วัน โดยมีการจัดทำแผนรองรับนโยบายเปิดประเทศ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์โรคโควิด-19 (COVID-19) ขึ้น โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบร่วมกับหลายภาคส่วน เพื่อให้มีความปลอดภัย เศรษฐกิจของประเทศกลับมาฟื้นตัว ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) สามารถกลับมาดำเนินกิจกรรมด้านสังคม และวัฒนธรรมตามเดิมได้หลังจากเปิดประเทศ⁽⁴⁾

จากแผนการเปิดประเทศ 120 วัน จังหวัดเลยเป็นหนึ่งในผู้ร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ในวันที่ 16 ธันวาคม 2564 นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานเปิดงานมหกรรมขับเคลื่อนนโยบายเปิดเมือง เปิดประเทศ ด้วยมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) ด้านการท่องเที่ยว และกิจการที่เกี่ยวข้อง ณ ลานวัฒนธรรม ถนนคนเดินเชียงคาน จังหวัดเลย⁽⁵⁾



ซึ่งเกิดจากแนวคิดของนายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ร่วมกับ ผู้ว่าราชการจังหวัดเลย หน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ดำเนินการตามรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรม ในสถานการณ์โรคโควิด-19 (COVID-19) ภายใต้มาตรการสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย⁽⁶⁾ ซึ่งแผนนโยบายนอกจากจะดำเนินการจากหน่วยงานของรัฐยังต้องได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชน ประชาชน โดยเฉพาะผู้ประกอบการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการกระตุ้นเศรษฐกิจต้องมีระดับทัศนคติ และมีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก จึงจะทำให้แผนการดำเนินการสำเร็จได้ จากการศึกษาของกฤษฎา พรหมมุณี เรื่องพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยป้องกันการแพร่ระบาดได้⁽⁷⁾ จากเหตุผลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับทัศนคติ และการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ของผู้ประกอบการที่ดำเนินการในกิจกรรม เพื่อวิเคราะห์ผลของการดำเนินการ เป็นข้อมูล และเป็นแนวทางให้กับหน่วยงาน หรือองค์กรที่สนใจนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับทัศนคติ และการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาระดับทัศนคติ และการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระดับทัศนคติ และการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการ



ด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย คณะผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้ประกอบการทั้งหมด จำนวน 245 คน ที่อยู่ในช่วงของการดำเนินการกิจกรรม **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านระดับทัศนคติต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 หัว ได้แก่ ระดับทัศนคติต่อนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ระดับทัศนคติด้านการจัดการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ และระดับทัศนคติด้านประโยชน์ที่ได้รับจากนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่มีต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ลักษณะของแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น 4 หัวข้อหลัก คือ ด้านการวางแผนนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการร่วมกันปฏิบัติตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการมีการติดตามประเมินผล และด้านการบำรุงรักษา และปรับปรุงแก้ไข จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยไปทำการทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) ตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยใช้สูตรผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC จากผู้ทรงคุณวุฒิ คณะผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้ตรวจสอบแบบสอบถามแล้วเห็นว่า แบบสอบถามทุกข้อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาครอบคลุมในแต่ละด้าน และครอบคลุมวัตถุประสงค์ผลการประเมินคุณภาพเครื่องมือรวม เท่ากับ 0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ใช้ครั้งนี้ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความถี่



ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การพิจารณาด้านทัศนคติตามแนวคิดของ ชูศรี พันธุ์ทอง^(๘) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับทัศนคติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ระดับทัศนคติอยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ระดับทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด

ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การพิจารณาด้านการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ ชูศรี พันธุ์ทอง^(๘) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 อยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 อยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0003/2566 ให้ไว้ ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยจะทำการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลสรุปการศึกษาระดับทัศนคติและการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox จำนวน 245 คน มีผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 98.77 สรุปผลได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 ผลสรุปข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 242)

รายการ	จำนวน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
เพศ		
- หญิง	144	59.50



รายการ	จำนวน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
- ชาย	98	40.50
อายุ		
- 20 ปี – 30 ปี	19	7.90
- 31 ปี – 40 ปี	49	20.20
- 41 ปี – 50 ปี	101	41.70
- 51 ปี – 60 ปี	73	30.20
สถานะ		
- โสด	30	12.40
- สมรส	160	66.10
- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	52	21.50
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ประถมศึกษา	2	0.80
- มัธยมศึกษาตอนต้น	12	5.00
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	30	12.40
- อนุปริญญา / ปวส.	68	28.10
- ปริญญาตรี	116	47.90
- สูงกว่าปริญญาตรี	14	5.80
ลักษณะธุรกิจที่ประกอบการ		
- อาหาร/เครื่องดื่ม	28	11.60
- โรงแรม/ที่พัก	43	17.80
- บริการด้านสุขภาพ	49	20.20
- บริการพาหนะ/รถรับจ้าง	40	16.50
- ค้าขายเสื้อผ้า/ของที่ระลึก	45	18.60
- อื่น ๆ	37	15.30
รายได้ต่อเดือน		
- 9,000 – 15,000 บาท	52	21.50
- 15,001 - 20,000 บาท	91	37.60
- 20,001 – 25,000 บาท	15	6.20
- 25,001 – 30,000 บาท	47	19.40
- 30,000 บาท ขึ้นไป	32	15.30
อายุงาน/ประสบการณ์ในการประกอบธุรกิจ		
- ไม่ถึง 5 ปี	54	22.30



รายการ	จำนวน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
- 5 – 10 ปี	80	33.10
- 11 – 20 ปี	108	44.60

ส่วนที่ 2 ผลสรุปด้านระดับทัศนคติต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

ตารางที่ 2 ผลสรุปด้านระดับทัศนคติต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับทัศนคติต่อการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การดำเนินการช่วยให้การท่องเที่ยวดีขึ้นและช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ	4.73	0.49	มากที่สุด
การดำเนินการต้องเกิดจากความร่วมมือของภาครัฐและภาคเอกชน	4.61	0.51	มากที่สุด
การดำเนินการช่วยลดความเสี่ยงของนักท่องเที่ยวที่มาใช้บริการ	4.56	0.55	มากที่สุด
การดำเนินการไม่มีความยุ่งยาก ดำเนินการให้สำเร็จเป็นไปได้ยาก	4.34	0.83	ปานกลาง
การดำเนินการที่จัดขึ้นไม่เป็นการเพิ่มภาระงานหรือหรือ เบียดเบียนเวลาส่วนตัวของท่าน	4.31	0.73	ปานกลาง
การดำเนินการไม่สิ้นเปลืองงบประมาณและใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก	4.29	0.68	ปานกลาง
การดำเนินการเป็นทางออกให้กับนักท่องเที่ยวในการเลือกมาเที่ยวเชิงศาสนา	4.62	0.66	มากที่สุด
การดำเนินการมีความเป็นมาตรฐานเป็นไปตามมาตรฐานสากล	4.65	0.52	มากที่สุด
การดำเนินการช่วยแก้ปัญหาคนตกงานและคนขาดรายได้ในชุมชน	4.62	0.53	มากที่สุด
การดำเนินการช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถประกอบธุรกิจต่อไปได้	4.64	0.58	มากที่สุด
รวม	4.54	0.58	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 ผลสรุปด้านระดับทัศนคติต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ พบว่า ผลรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.58) ข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับทัศนคติ เห็นด้วยมากที่สุด คือ โครงการช่วยให้การท่องเที่ยวดีขึ้นและช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 0.49) รองลงมา คือ การดำเนินการมีความเป็นมาตรฐานเป็นไปตามมาตรฐานสากลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = 0.52) การดำเนินการช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถประกอบธุรกิจต่อไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64$, S.D. = 0.58) การดำเนินการเป็นทางออกให้กับนักท่องเที่ยวในการเลือกมาเที่ยวเชิงศาสนา และการดำเนินการช่วยแก้ปัญหาคนตกงาน และคนขาดรายได้ในชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62$, S.D. = 0.53) การดำเนินการต้องเกิดจากความร่วมมือของภาครัฐและภาคเอกชนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.61$, S.D. = 0.51) การดำเนินการช่วยลดความเสี่ยงของนักท่องเที่ยวที่มาใช้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, S.D. = 0.55) การดำเนินการไม่มีความยุ่งยาก ดำเนินการให้สำเร็จเป็นไปได้ยากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = 0.83) การดำเนินการที่จัดขึ้นไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน



หรือเบียดเบียนเวลาส่วนตัวของท่านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.73) และการดำเนินการไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ และใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.68) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลสรุปการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการที่มีต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

ตารางที่ 3 ผลสรุปการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการที่มีต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน			
1.1 ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการดำเนินกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม	4.74	0.52	มากที่สุด
1.2 ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหาในการดำเนินกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม	4.65	0.56	มากที่สุด
1.3 ท่านมีส่วนร่วมกำหนดมาตรการในโครงการ Sandbox เชียงคาน และผลลัพธ์ในการให้ความรับผิดชอบต่อรูปแบบที่ท่านต้องการ	4.57	0.59	มากที่สุด
1.4 ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือกกรรมการหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบต่อเกี่ยวกับโครงการ Sandbox เชียงคานในความรับผิดชอบต่อ	4.44	0.70	มากที่สุด
1.5 ท่านมีส่วนร่วมกำหนดแผนการจัด โครงการ Sandbox	4.49	0.70	มากที่สุด
รวม	4.58	0.62	มากที่สุด
2. ด้านการมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ			
2.1 ท่านเข้าร่วมกิจกรรมความรับผิดชอบต่อในสถานการณ์โควิด-19 ภายใต้โครงการ Sandbox	4.60	0.58	มากที่สุด
2.2 ท่านร่วมสละเวลาและแรงงานในการทำกิจกรรม โครงการ Sandbox เชียงคานในความรับผิดชอบต่ออย่างสม่ำเสมอ	4.54	0.59	มากที่สุด
2.3 ท่านมีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำในกิจกรรมความรับผิดชอบต่อ	4.55	0.62	มากที่สุด
2.4 ท่านมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบกิจกรรมความรับผิดชอบต่อในโครงการ Sandbox เชียงคาน ให้เป็นที่น่าสนใจเป็นประโยชน์ต่อนักท่องเที่ยว	4.59	0.59	มากที่สุด
รวม	4.57	0.60	มากที่สุด
3. ด้านการมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผล			
3.1 ท่านมีส่วนร่วมสำรวจความต้องการของนักท่องเที่ยว ในโครงการ Sandbox	4.60	0.61	มากที่สุด
3.2 ท่านมีส่วนร่วมสำรวจความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อรูปแบบกิจกรรม	4.52	0.61	มากที่สุด
3.3 ท่านมีส่วนร่วมสำรวจความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวที่มีต่อรูปแบบกิจกรรม	4.55	0.58	มากที่สุด



แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
3.4 ท่านมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลความต่อเนื่องของกิจกรรมความรับผิดชอบ	4.57	0.58	มากที่สุด
รวม	4.57	0.60	มากที่สุด
ผลรวมทั้งหมด	4.57	0.61	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ผลสรุปการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการที่มีต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ พบว่า ผลรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$, S.D. = 0.61) ด้านที่มีผลการประเมินมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.62) รองลงมาด้านการมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ และด้านการมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผล ($\bar{X} = 4.57$, S.D. = 0.60)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลระดับทัศนคติ และการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการสาธารณสุขกรณีศึกษา Sandbox เชียงคน จังหวัดเลย พบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ประกอบการที่มีประสบการณ์การประกอบธุรกิจในพื้นที่มากกว่า 10-20 ปี ผลสรุปด้านระดับทัศนคติต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ พบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุดต่อการดำเนินการ อาจเนื่องจากผลกระทบจากการระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 (COVID-19) ส่งผลให้ผู้ประกอบการหลายรายขาดรายได้ เนื่องจากรายได้หลักของอำเภอเชียงคนเป็นการประกอบการด้านการท่องเที่ยว จึงมีระดับทัศนคติเห็นด้วยกับการปรับตัวเข้าสู่การท่องเที่ยวเพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัลยณัฏ์ ศรีวิไล และรุ่งเรือง ทองศรี ที่ทำการศึกษาเรื่องการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ส่งผลต่อการท่องเที่ยวของประเทศไทย พบว่า ผลกระทบด้านการท่องเที่ยวส่งผลต่อเศรษฐกิจ ทิศทางการท่องเที่ยวของไทยการปรับตัวของธุรกิจท่องเที่ยวไทย เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการแพร่ระบาด และการปรับตัวเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ (New normal) จะช่วยฟื้นฟูสภาพเศรษฐกิจให้กับประเทศไทยได้⁽⁹⁾ ระดับทัศนคติด้านที่ได้รับการประเมินมากที่สุด คือ การดำเนินการช่วยให้การท่องเที่ยวดีขึ้น และช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ อาจเนื่องมาจากนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีมาตรฐานด้านการสาธารณสุข ความร่วมมือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขเข้าไปช่วยวางแผนกำหนดแนวทางให้เป็นไปตามมาตรฐาน ส่งผลให้นักท่องเที่ยวมีความเชื่อมั่นเกิดการเข้ามา



ท่องเที่ยวมากขึ้น จึงเป็นผลให้เห็นถึงประโยชน์ด้านการท่องเที่ยวได้อย่างชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล อนุสรณ์พัฒน์ ที่ทำการศึกษาเรื่อง การปรับตัวทางเศรษฐกิจด้านการท่องเที่ยวในสภาวะวิกฤต COVID-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พบว่า การปรับตัวด้านการรับมือ และสื่อสารภาวะวิกฤตส่งผลต่อธุรกิจท่องเที่ยวที่ต้องมีการปรับตัวส่งผลให้นักท่องเที่ยวมีความรู้สึกปลอดภัยในการท่องเที่ยว ดัดสินใจมาท่องเที่ยวมากขึ้น⁽¹⁰⁾ ด้านระดับทัศนคติที่ได้รับผลการประเมินปานกลาง คือ การดำเนินการไม่มีความยุ่งยาก ดำเนินการให้สำเร็จเป็นไปได้ยาก การดำเนินการที่จัดขึ้นไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน หรือเบียดเบียนเวลาส่วนตัวของท่าน การดำเนินการไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ และใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก จากผลการประเมินระดับทัศนคติ อาจเนื่องจากการดำเนินการต้องมีเรื่องของมาตรการด้านสาธารณสุขเข้ามากำกับส่งผลให้ผู้ประกอบการอาจเกิดความรู้สึกยุ่งยากต่อการประกอบกิจการ รู้สึกมีภาระงานเพิ่มขึ้น และต้องใช้งบประมาณส่วนตัว เพื่อจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันการระบาด เช่น ถุงมือ แอลกอฮอล์ล้างมือ สถานที่สำหรับประกันการแพร่กระจายเชื้อ การเว้นระยะห่างทำให้ต้องมีการกำหนดขนาดของสถานที่ให้บริการใหม่ แต่เพื่อให้เป็นไปตามแผนมาตรฐานสาธารณสุขที่กำหนดไว้ผู้ประกอบการจึงต้องปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้สามารถเปิดให้บริการได้ตามนโยบายสาธารณสุข เนื่องจากค่าใช้จ่ายดังกล่าวควรได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ เพื่อช่วยเหลือผู้ประกอบการในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกนก จิรสติพรพงศ์ เรื่อง ระดับทัศนคติของประชาชนที่มีต่อหลักการบริหารกิจการบ้านเมือง และสังคมที่ดีของรัฐบาล กรณีศึกษาสถานการณ์ COVID-19 ที่กล่าวว่า ระดับทัศนคติของประชาชนเชิงลบ เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณที่ต้องสนับสนุนจากภาครัฐบาลไม่เพียงพอสำหรับประชาชนที่ต้องดำเนินการตามมาตรการ การบริหารงานที่ไม่ส่งเสริมด้านสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของประชาชนอาจเกิดจากการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของรัฐบาลนั้นไม่มีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ แต่เมื่อดูจากผลสรุปโดยรวม พบว่า ผู้ประกอบการยังมีระดับทัศนคติเห็นด้วยกับการดำเนินการ สรุปคือ ระดับทัศนคติของผู้ประกอบการส่งผลต่อการดำเนินการให้สำเร็จได้

ด้านผลสรุปการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการที่มีต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ พบว่า ผลรวมของการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการประเมินที่มีผลประเมินมากที่สุดด้านการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ข้อที่มีผลการประเมินมากที่สุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการดำเนินกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม อาจเนื่องจากการประชุมวางแผนทั้งจากหน่วยงานของรัฐ ผู้ประกอบการ และประชาชน ส่งผลให้เมื่อผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการวางแผนจะส่งผลให้ผู้ประกอบการมีความตระหนัก ร่วมรับผิดชอบ และเข้าใจในรูปแบบของการดำเนินการเกิดความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชนสอดคล้องกับ นิเวศน์ วงศ์สุวรรณ และอินตา ศิริวรรณ ที่กล่าว



ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยมีบุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติงาน ร่วมรับผิดชอบจะนำไปสู่เป้าหมายที่สำเร็จได้⁽¹²⁾ ข้อที่มีผลการประเมิณน้อยที่สุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือกกรรมการ หรือคณะทำงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโครงการ Sandbox เชียงคาน ในความรับผิดชอบ เนื่องจากการกำหนดคณะกรรมการผู้รับผิดชอบในบางคณะกรรมการต้องมาจาก ส่วนของการบริหารงานภาครัฐอาจส่งผลให้ผู้ประกอบการบางรายไม่เห็นด้วยต่อสิทธิในการมีส่วนร่วม ในการคัดเลือกคณะกรรมการเพื่อทำงานจึงส่งผลให้การประเมินในข้อการมีส่วนร่วมในการคัดเลือก กรรมการ หรือคณะทำงานมีผลประเมิณที่น้อยกว่าในข้ออื่น

จากผลการประเมินระดับทัศนคติ และการมีส่วนร่วมต่อมาตรการการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจ สุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการ สาธารณสุข ภูมิศึกษา Sandbox เชียงคาน ทำให้คณะผู้วิจัยได้ทราบว่า การดำเนินการหากผู้เกี่ยวข้องมี ระดับทัศนคติที่ดี และผู้เกี่ยวข้อง เมื่อได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงานจะช่วยให้ การดำเนินการเป็นไปได้โดยง่าย เพราะผู้ประกอบการจะมีความเข้าใจ และเกิดความรับผิดชอบซึ่งมี ส่วนสำคัญในการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานสาธารณสุข ช่วยการกระตุ้นเศรษฐกิจสร้างความ เชื่อมมั่นให้กับนักท่องเที่ยวต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลจากการศึกษาวิจัยสามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนให้กับโครงการหรือนโยบายที่มี ลักษณะการดำเนินงานใกล้เคียงได้
2. ผลจากการวิจัยเรื่องหากมีการดำเนินนโยบายที่มีผลต่อประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควร วางแผน เพื่อทำความเข้าใจก่อนจะช่วยให้การดำเนินการได้รับความเข้าใจ และประชาชนมีส่วนร่วม กับ นโยบายมากขึ้น
3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป หากผู้วิจัยจะศึกษาต่อควรมีการศึกษาในประชาชนที่ อาศัยอยู่ในพื้นที่เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลการศึกษาวิจัยที่ครอบคลุมและน่าสนใจมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ผู้คิดริเริ่มการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและ วัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข ภูมิศึกษา Sandbox เชียงคาน



จังหวัดเลย และขอบคุณผู้ว่าราชการจังหวัดเลย นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนของจังหวัดเลย ที่ช่วยกันผลักดันให้การดำเนินการสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุริยะ หาญพิชัย และท้าวชัย จุลสวัสดิ์. ผลกระทบของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. Journal of Roi Kaensarn Academi 2564; 6(9): 126.
2. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). ผลกระทบทางสังคมของการระบาดโรคโควิด-19 ระลอกใหม่และมาตรการที่ควรมี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/57120>
3. รัฐบาลไทย. ข่าวนายกรัฐมนตรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2021/01/impact-of-new-covid-19-wave/>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนรองรับนโยบายเปิดประเทศ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1wtsk34ETWky7aCfK0mHwsUb3uEuo-ydM>
5. Thailand Plus. สธ.ลงพื้นที่เชียงคาน ย้ำสถานประกอบการ – นักท่องเที่ยว เข้มปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thailandplus.tv/archives/442337>
6. คลังสื่อประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กรม สบส. จัดการประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการฮักเลย – เชียงคาน และติดตามความก้าวหน้าตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP). [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/91qJx>.
7. กฤษฎา พรหมมณี. พฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) : กรณีศึกษาตำบลยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา. สารนิพนธ์ สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2565: ก.
8. ชุศรี พานทอง. สถิติพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2543.
9. ศุภลักษณ์ ศรีวิไล และรุ่งเรือง ทองสร. การแพร่ระบาดของ โควิด-19 ส่งผลต่อการท่องเที่ยวของประเทศไทย. วารสารการบริหารนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมท้องถิ่น 2564; 7⁽⁸⁾: 405.
10. นฤมล อนุสนธิ์พัฒน์. การปรับตัวทางเศรษฐกิจด้านการท่องเที่ยวในสภาวะวิกฤตโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)). วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2563; 8(1): 2.



11. กรกนก จิรสติพรพงศ์. ทักษะคติของประชาชนที่มีต่อหลักการบริหารกิจการบ้านเมือง และสังคมที่ดีของรัฐบาล กรณีศึกษาสถานการณ์ COVID-19. วารสารธรรมศาสตร์ 2564; 40(3): 107.
12. นิเวศน์ วงศ์สุวรรณ และอินตา ศิริวรรณ. การบริหารแบบมีส่วนร่วม. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ 2560; 2(1): 176.



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

THE EFFECT OF RESILIENCE PROGRAM AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

Received: June 21, 2023

Revised: August 18, 2023

Accepted: August 27, 2023

ประภาศรี ปัญญาวิชชัย^{1*}, สมหมาย วงษ์กวน²

Prapasri Punyavachirachai^{1*}, Sommai Wongkuan²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมในชุมชนตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามทั่วไป และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวม และรายองค์ประกอบ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม อสม.ให้สามารถเผชิญกับภาวะยากลำบาก วิฤติในชีวิต และดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

คำสำคัญ: โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ สำนักความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

Division of Mental Health Literacy, Department of Mental Health

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระอาจารย์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

Buang Phra Achan Tambon Health Promoting Hospital, Ongkharak District, Nakhonnayok Province

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



Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to study the effect of a resilience program among village health volunteers. Participants were 60 village volunteers in Ongkharak district, Nakhonnavok province. Participants were randomized to the experimental group (n=30) and the control group (n=30). The experimental group received a resilience program, whereas the control group received routine community activities. The instruments were a demographic data questionnaire and a resilience quotient assessment. Data were analyzed by a descriptive statistic and t-test.

The results showed that, after received the resilience program, the experimental group had a significantly higher mean resilience overall score and all domains; emotional stability, will power and problem solving p-value <0.05. In addition, the experimental group had a significantly higher mean resilience overall scores and all domains than the control group p-value < 0.05.

This study suggested that this program would help to improve resilience of health village volunteers. It also could be a guideline for a village health volunteer training which help them to maintain their mental health in any circumstances.

Keywords: Resilience Program, Village Health Volunteer



บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสุขภาพชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ถือเป็นกระบวนการ หรือกลไกที่สำคัญในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) ตั้งแต่ปี 2521 จนถึงปัจจุบัน⁽¹⁾ ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง หรือยกระดับการพัฒนาเชิงนโยบายที่สำคัญต่างๆ ตามบริบทสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีส่วนในการเปลี่ยนผ่านสู่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory healthy public policy) หรือการพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care systems) หรือนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ยกระดับ อสม. ให้เป็น อสม.หมอบประจำบ้าน⁽²⁾ นอกจากนี้ อสม. ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างภาครัฐและคนในชุมชน เป็นงานจิตอาสา อัตลักษณ์สำคัญของคนไทยที่อยากจะหาชนชาติใดในโลกเทียบได้ คือ ความมีน้ำใจ โอบอ้อมอารี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน คำว่า “จิตอาสา” ทำให้เกิดอาสาสมัคร ในหลายๆ สาขาหน่วยงานภาครัฐ⁽³⁾ เนื่องจากสถานการณ์ และนโยบายสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และท้าทายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเดิมเป็นเพียงเครือข่ายที่ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการกระจายข่าวสาร ประสานงาน และให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน อาจไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน⁽⁴⁾ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระอาจารย์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก⁽⁵⁾ พบว่า อสม.ที่เข้ามาปฏิบัติงานนั้นมีทั้งระดับการศึกษาที่แตกต่างกันอาจทำให้เกิดปัญหาในเรื่องความเห็นที่แตกต่างกันในการทำงานกลุ่ม และความรู้ไม่ครอบคลุมภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความกังวล ความเครียดในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ พบว่า อสม. ที่มีบทบาทหน้าที่หลากหลาย เช่น เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้พิการหรือบางคนเป็น อสม.ใหม่ ยังขาดความมั่นใจว่าจะไปช่วยเหลือคนในชุมชน หรือถูกปฏิเสธ ไม่ให้ความร่วมมือในการลงเยี่ยมบ้าน สิ่งเหล่านี้ ล้วนส่งผลให้ อสม.บางส่วนรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หดห่อใจ

การให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมที่จะลดผลกระทบทางอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยป้องกัน (Prevention factors) สำคัญหนึ่งที่สำคัญสำหรับการตอบสนองแบบปรับตัวของแต่ละบุคคลในสถานการณ์ที่ตึงเครียด⁽⁶⁾ ความเข้มแข็งทางใจหรือพลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ถือเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตของตนเองต่อไปได้⁽⁷⁾ หรืออาจช่วยให้บุคคลรับมือกับความทุกข์ยาก และลดผลกระทบจากเหตุการณ์ที่มากระทบต่อสภาพจิตใจ สุขภาพจิต เช่น เกิดความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือการเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น^(8,9) รวมทั้งยังช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพกายที่



เป็นต่อเนื่องจากความเครียด เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางจิต^(11,12) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ธรรมชาติของความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา บางช่วงก็จะมีสูง บางช่วงก็มีต่ำขึ้นอยู่กับเพศ อายุ การเรียนรู้ และการสังสรรค์ประสบการณ์ในสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต นอกจากนี้ ความเข้มแข็งทางใจยังเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้ด้วยตัวเองหรือเรียนรู้จากผู้อื่น ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจจำนวนมากยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตินั้นผ่านพ้นไป⁽⁸⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หาก อสม. ได้รับการเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ และอารมณ์ การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการจัดการกับปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับ อสม. มีความเข้มแข็งทางใจ สามารถเผชิญกับภาวะยากลำบาก วิกฤติในชีวิต และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข ในขณะเดียวกันสามารถปฏิบัติงานให้การช่วยเหลือ สร้างกำลังใจให้กับคนในครอบครัวและในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยหลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัยรอง

1. เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมในชุมชนตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดนครนายก จำนวน 4,110 คน⁽¹³⁾



กลุ่มตัวอย่าง (Sampling) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

ขนาดของตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ด้วยวิธีการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (statistic power table) ของโคเฮน (Cohen, 1988)⁽¹⁴⁾ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.80 ค่าอำนาจจำแนกทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ อสม. ตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นกลุ่มทดลอง และ อสม. ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นกลุ่มควบคุมที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และห่างกันประมาณ 35 กิโลเมตร หลังจากนั้น คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็น อสม. ตำบลพระอาจารย์ และ ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 2) เป็นผู้ที่อ่าน ออก เขียน ได้ 3) มีความยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และ 4) ไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบ 2) ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด และ 3) ขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ข้อมูลที่ได้นั้นมีความครบถ้วน และครอบคลุมตามคุณลักษณะของกลุ่มย่อย โดยใช้วิธีการจับคู่รายบุคคล (Matched subjects) ตามเพศ อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. และระดับความเข้มแข็งทางใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์จากแนวความคิดของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995)⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ด้านความทนทานทางอารมณ์ (พลังใจ) องค์ประกอบที่ 2 ด้านกำลังใจ (พลังใจ) และ องค์ประกอบที่ 3 ด้านการจัดการกับปัญหา (พลังใจ) หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี สู้ ของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁶⁾ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติควบคู่กันไป ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อสร้างการเรียนรู้ และมีการประเมินผลกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และจัดกิจกรรมให้เฉพาะกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เกริ่นนำก่อนเข้าสู่โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้เวลา 60-90 นาที ด้วยการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกัน ให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการเข้า



ร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ข้อตกลง ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 มาตรฐานความเข้มแข็งทางใจ ใช้เวลา 60-90 นาที เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ และความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อบทบาทของการเป็น อสม. และการใช้ชีวิตประจำวัน โดยแบ่งกลุ่มย่อยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อบทบาทของการเป็น อสม. และการใช้ชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 ด้านความทนทานทางอารมณ์ สร้างพลังใจ (I am) คิดบวก ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน ใช้เวลา 60-90 นาที เพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าของการเลือกคิดบวก และคิดในสิ่งที่ดี และเพื่อให้มีแนวทางในการคิดทางบวก รวมทั้งเพื่อเพิ่มความทนทานทางอารมณ์ และลดความทุกข์ใจ โดยฝึกให้เขียนข้อดีของตนเอง และแบ่งกลุ่มย่อยฝึกให้มองโลกในแง่ดี

กิจกรรมที่ 4 ด้านกำลังใจ สร้างพลังใจ (I have) ชีวิตนี้มีค่า ใช้เวลา 60-90 นาที เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเพื่อให้รู้มองเห็นสิ่งดีๆ ข้อดีๆ คุณค่าของผู้อื่นเป็น โดยให้คิดว่าคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด และคนส่วนใหญ่ชื่นชมท่านอย่างไร และแบ่งกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกแย่ ไม่ดี หมดกำลังใจในการทำหน้าที่ อสม. แล้วมีวิธีการอย่างไรที่ทำให้กำลังใจตนเองให้ก้าวข้ามผ่านเหตุการณ์นั้นไปได้ ฝึกการให้กำลังใจตนเอง และผู้อื่น

กิจกรรมที่ 5 ด้านกำลังใจ สร้างพลังใจ (I have) รู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น ใช้เวลา 120 นาที เพื่อให้ฝึกใช้คำพูดแสดงอารมณ์ ความหมายของอารมณ์ต่างๆ การฝึกการรับรู้อารมณ์ของตนเอง และผู้อื่น และการฝึกความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น การตอบสนองอารมณ์ต่ออารมณ์ผู้อื่น โดยให้แสดงเลือกภาพแสดงอารมณ์ 1 ภาพ และให้อธิบายว่าลักษณะของอารมณ์ดังกล่าว ก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกายอย่างไร ส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร จะมีวิธีการควบคุมอารมณ์ของตนเองอย่างไร ไม่ให้เกิดผลกระทบทางลบต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งฝึกการจัดการอารมณ์ และการสื่อสารทางบวก

กิจกรรมที่ 6 ด้านจัดการกับปัญหา สร้างพลังใจ (I can) ทุกปัญหามีทางออก ใช้เวลา 60-90 นาที เพื่อให้มีความเข้าใจในการจัดการกับปัญหา สามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ รู้จักตั้งเป้าหมาย และมีการคิดแบบมีทางเลือก การฝึกการผ่อนคลาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตแล้วผ่านพ้นเหตุการณ์นั้นได้อย่างไร

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมในชุมชนตามปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา



อาชีพ รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นอกเหนือจากท่านเป็น อสม. ท่านมีตำแหน่งอื่นในชุมชนหรือไม่

2.2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีค่าความเที่ยง 0.749 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (อึด) จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ (อึด) จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค) จำนวน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ แต่ละข้อเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 คะแนน คือ ไม่จริง 2 คะแนน คือ จริงบางครั้ง 3 คะแนน คือค่อนข้างจริง และ 4 คะแนน คือ จริงมาก) รวมคะแนนเต็ม 80 คะแนน คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยเทียบค่าเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ต่ำกว่า 55 คะแนน คือ ความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55-69 คะแนน คือ ความเข้มแข็งทางใจเท่ากับเกณฑ์ปกติ และมากกว่า 69 คะแนน คือ ความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเกณฑ์ปกติ⁽¹⁷⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้วยวิธีการหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Description statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติที่แบบกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน (independent sample t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และการวิเคราะห์ค่าสถิติอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้ ได้ดำเนินการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวโดยการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติด้วย Shapiro-Wilk กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2023-006 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2566



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 50 ปีมากกว่าร้อยละ 50 โดยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 49.47 ปี และ 49.03 ปี ตามลำดับ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 และร้อยละ 70.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.7 และ 73.3 ตามลำดับ จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.7 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.7 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 80.0 และ 53.3 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลอง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.0 และกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาการเป็น อสม. ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 40.0 และ 36.7 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน เท่ากับ 19.30 ปีและ 19.27 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	16.7	5	16.7	10	16.7
หญิง	25	83.3	25	83.3	50	83.3
อายุ						
21-30 ปี	0	0.0	0	0.0	0	0.0
31-40 ปี	8	26.7	8	26.7	16	26.7
41-50 ปี	8	26.7	10	33.3	18	30.0
50-60 ปี	7	23.3	4	13.3	11	18.3
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	7	23.3	8	26.7	15	25.0
	$\bar{X}$ =49.47, S.D.=11.32		$\bar{X}$ =49.03, S.D.=10.95		$\bar{X}$ =49.25, S.D.=11.04	
	Min=32, Max=69		Min=31, Max=68		Min=31, Max=69	
ศาสนา						
พุทธ	21	70.0	30	100.0	51	85.0
อิสลาม	9	30.0	0	0.0	9	15.0



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด	7	23.3	8	26.7	15	25.0
สมรส	23	76.7	22	73.3	45	75.0
หม้าย	0	0.0	0	0.0	0	0.0
หย่าร้าง	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	14	46.7	17	56.7	31	51.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	40.0	10	33.3	22	36.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	13.3	3	10.0	7	11.6
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	2	6.7	6	20.0	8	13.3
เกษตรกร	0	0.0	3	10.0	3	5.0
รับจ้าง	24	80.0	16	53.3	40	66.7
ค้าขาย	4	13.3	5	16.7	9	15.0
รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย						
ไม่มีรายได้	2	6.7	6	20.0	8	13.3
ต่ำกว่า 5,000 บาท	15	50.0	9	30.0	24	40.0
5,000 - 10,000 บาท	10	33.3	15	50.0	25	41.7
10,000 บาทขึ้นไป	3	10.0	0	0.0	3	5.0
ระยะเวลาการเป็น อสม.						
ต่ำกว่า 10 ปี	8	26.7	8	26.7	16	26.7
10-19 ปี	10	33.3	11	36.7	21	35.0
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	12	40.0	11	36.7	23	38.3
		$\bar{X}$ =19.30, S.D.=11.40			$\bar{X}$ =19.27, S.D.=11.44	$\bar{X}$ =19.28, S.D.=11.32
		Min=1, Max=41			Min=1, Max=43	Min=1, Max=43



2. ผลการเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังทดลอง

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ โดยรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.20, p\text{-value} < 0.05$) เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.77, p\text{-value} < 0.05$; $t = 3.61, p\text{-value} < 0.05$ และ $t = 2.89, p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวมและรายองค์ประกอบไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังทดลอง

ความเข้มแข็งทางใจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
กลุ่มทดลอง (n = 30)							
ด้านความทนทานทางอารมณ์	30.60	2.67	33.00	3.38	3.77	29	0.001*
ด้านกำลังใจ	15.57	1.81	16.80	1.94	3.61	29	0.001*
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.53	2.16	16.00	2.07	2.89	29	0.007*
โดยรวม	60.70	4.35	65.80	5.18	6.20	29	0.000*
กลุ่มควบคุม (n = 30)							
ด้านความทนทานทางอารมณ์	30.53	2.32	31.07	3.33	0.88	29	0.389
ด้านกำลังใจ	14.97	2.04	15.30	1.42	1.11	29	0.277
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.93	1.57	14.23	1.70	-1.77	29	0.087
โดยรวม	60.43	4.25	60.60	3.67	0.50	29	0.624

* p-value < 0.05

3. ผลการเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวม และรายองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาไม่แตกต่างจากกลุ่ม



ควบคุม ส่วนหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ โดยรวมสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.48, p\text{-value} < 0.05$) เมื่อจำแนกรายของค์ประกอบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 ด้าน หลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.23, p\text{-value} < 0.05$; $t = 3.42, p\text{-value} < 0.05$ และ $t = 3.62, p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ความเข้มแข็งทางใจ	กลุ่มทดลอง (n=30) กลุ่มควบคุม (n=30)				t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนทดลอง							
ด้านความทนทานทางอารมณ์	30.60	2.67	30.53	2.32	1.03	58	0.918
ด้านกำลังใจ	15.57	1.81	14.97	2.04	1.20	58	0.234
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.53	2.16	14.93	1.57	-1.92	58	0.416
โดยรวม	60.70	4.35	60.43	4.25	0.50	58	0.811
หลังทดลอง							
ด้านความทนทานทางอารมณ์	33.00	3.38	31.07	3.33	2.23	58	0.030*
ด้านกำลังใจ	16.80	1.94	15.30	1.42	3.42	58	0.001*
ด้านการจัดการกับปัญหา	16.00	2.07	14.23	1.70	3.62	58	0.001*
โดยรวม	65.80	5.18	60.60	3.67	4.48	58	0.000*

p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติทางประชากร และความเข้มแข็งทางใจไม่ต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจของ อสม.



อภิปรายผลการวิจัย

ผลศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวม และรายองค์ประกอบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพงษ์ นาคพรม (2565)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตมีพลังสุขภาพจิตโดยรวมและทั้ง 3 องค์ประกอบ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ทั้งนี้ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เริ่มจากการเกริ่นนำเข้าสู่บทเรียนถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ มีการจัดกิจกรรมที่เน้นฝึกการปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก การให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น การจัดการอารมณ์อย่างถูกต้อง และการสื่อสารทางบวก ซึ่งจะช่วยให้ อสม. กลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งทางใจ มีความหวังในชีวิต มีความสุข และมีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด จากเรื่องร้ายให้กลายเป็นดี ซึ่งความเข้มแข็งทางใจสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้ด้วยตัวเองหรือเรียนรู้จากผู้อื่น สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตินั้นผ่านพ้นไป⁽⁸⁾ ไม่ว่าจะเป็นการสร้าง ความมั่นคงทางอารมณ์ การเสริมสร้างกำลังใจ ปลุกพลังใจ การเติมเต็มพลังใจให้กับตนเองและผู้อื่น โดยเน้นความคิดทางบวก ต่อตนเอง รักตนเอง ภูมิใจในตนเอง และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหอย่างสร้างสรรค์⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ เรววิช และแชทท์ (Reivich & Shatt, 2002)⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจจะต้องมีความสามารถในการมองโลกในแง่ดีโดยมีมุมมองชีวิตทางบวก ได้แก่ การมีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งการมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความอดทนที่จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น ขณะเดียวกัน เขาวนาฏ พลิตนันทเกียรติ และคณะ (2555)⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า ลักษณะของบุคคลที่มีการฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต หรือมีความหุนหันตัวในภาวะวิกฤตจะต้องเป็นบุคคลที่มีมุมมองทางบวก มองส่วนที่เป็นประโยชน์ส่วนที่ดีที่เหลืออยู่ เข้าใจตัวเอง รู้จุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง ควบคุมอารมณ์และความคิดของตัวเองได้ รู้จักสร้างพลังใจให้ตัวเอง มีทักษะในการจัดการกับปัญหา และพยายามหาทางออกที่ดีที่สุดให้กับตนเอง นอกจากนี้การให้กำลังใจกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลช่วยเหลือกันล้วนเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร นครพานิช และรัตนา พิงเสมา (2564) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันเพิ่มเติม โดยมีการติดตามความเข้มแข็งทางใจในระยะยาว เช่น ทุก 3 เดือน 6 เดือน



2. ควรศึกษาความเข้มแข็งทางใจเชิงคุณภาพ โดยเพิ่มประเด็นข้อคำถามการวิจัยในเรื่องวิธีการปรับตัว การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม

3. ควรขับเคลื่อนให้เกิดการนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจบรรจุในหลักสูตร “อสม.” เพื่อเป็นเตรียมความพร้อม อสม. ให้สามารถก้าวข้ามวิกฤติในชีวิตและสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติเมื่อประสบวิกฤติในชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์สมพร อินทร์แก้ว อาจารย์อ้อมรากุล อินโชนานนท์ อาจารย์กาญจนา วนิชรมณีย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาคลินิกที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขอขอบคุณ อสม. ในพื้นที่ตำบลพระอาจารย์ และตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 พร้อมด้วยกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/2580.pdf. (2557).
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก พ.ศ. 2552. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/NoticeProjectOSM2552.pdf. (2554).
4. กองการพัฒนชุมชน สำนักพัฒนาสังคม. สถิติข้อมูลชุมชนของกรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.bangkok.go.th/social/page/sub/13707>. (2562).
5. อ้อมใจ แท้จริยวิริยะกุล, ชนัญญ มงคล และเนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระอาจารย์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2562; 20(2): 83-91.
6. กรมสุขภาพจิต. พลังสุขภาพจิตสร้างได้จริงหรือ!. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต; 2552.



7. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
8. กรมสุขภาพจิต. คู่มือดูแลจิตใจประชาชนสำหรับผู้นำชุมชน และ อสม. ชุมชน หัวใจมีหู ต่อสู้! โควิด-19. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. 2563.
9. Osofsky HJ, Osofsky JD, Hansel TC. Deepwater horizon oil spill: Mental health effects on residents in heavily affected areas. *Disaster Med Public Health Prep* 2011; 5(4):280-6. doi: 10.1001/dmp.2011.85.
10. กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.
11. กุลปรีชา ศิริพานิช. บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของความยืดหยุ่นทางจิตใจในความสัมพันธ์ระหว่างวิตกกังวลในการเข้าสังคมกับสุขภาวะทางจิตในนิสิตนักศึกษา [ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559.
12. Konaszewski K, Niesiobedzka M, Surzykiewicz, J. (2021). Resilience and mental health among juveniles: role of strategies for coping with stress. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Feb 18;19(1):58. doi: 10.1186/s12955-021-01701-3.
13. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. รายงานจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000S8.php>. (2566).
14. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
15. Grotberg, E. A. Guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. Netherlands: Bernard Van Leer Foundation. 1995.
16. กรมสุขภาพจิต. หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮีโร่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิ่ง; 2564.
17. เขาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ, สมพร อินทร์แก้ว, กาญจนา วนิชรมณีย์. การพัฒนาแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-60 ปี. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 2555; 43: 53-6.
18. สมพงษ์ นาคพรม. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*. 2565; 33(1): 224-38.



19. Reivich, K., & Shatté, A. The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. Broadway Books. 2002.
20. สมจิตร นกรพานิช และรัตนา พึ่งเสมา. ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564; 35(1), 128-145.



พฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยด้านความถี่การบริโภคอาหารของนักศึกษาเพศหญิงที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS AND FOOD FREQUENCY FACTORS IN FEMALE STUDENTS WITH POOR SLEEP QUALITY

Received: May 26, 2023

Revised: July 27, 2023

Accepted: August 11, 2023

จุฑาวรรณ นวลจันทร์คง^{1*}, ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์¹, ศกุนตาดี มานะกล้า¹
Jutawan Nuanchankong^{1*}, Pattamaporn Jaroennon¹, Sakunta Manakla¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยด้านความถี่การบริโภคอาหารของผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นนักศึกษาเพศหญิงมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (PSQI score > 5) โดยมีรูปแบบพฤติกรรมบริโภคอาหารสม่ำเสมอไม่เปลี่ยนแปลงอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน จำนวน 11 คน ดำเนินเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัย 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ 2) แบบประเมินความเครียด 3) แบบประเมินภาวะความเหนื่อยล้า 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5) แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหาร และ 6) การประเมินสัดส่วนร่างกาย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ภาวะเครียดและความเหนื่อยล้า โดยร้อยละ 54 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสัดส่วนร่างกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจากการประเมินด้วยดัชนีมวลกาย และร้อยละ 73 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีเนื้อเยื่อไขมันเกินเกณฑ์ ทั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารเข้าเป็นบางครั้ง และบริโภคเนื้อแดงและสัตว์ปีกเป็นประจำ พฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเย็นก่อนนอน 1-2 ชม. บ่อยๆ ครั้ง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและความเครียดในทิศทางบวก (0.798 และ 0.755 ตามลำดับ, p-value < 0.01) ดังนั้น การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยส่งเสริมการนอนหลับที่ดีส่งผลต่อการลดความเครียด และความเหนื่อยล้าได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ปัจจัยด้านความถี่การบริโภคอาหาร, คุณภาพการนอนหลับ

¹ หลักสูตรโภชนาการและการกำหนดอาหาร คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
Department of Nutrition and Dietetics, Faculty of Science and Technology, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

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



Abstracts

The aim of research was to study the food consumption behaviors and food frequency factor in people with poor sleep quality. The subject was selected by purposive sampling as 11 female students of Valaya Alongkorn Rajabhat University under the royal patronage who was poor sleep quality (PSQI score > 5) with food consumption behavior unchanged for at least 1 month. The instruments of study including as 1) Sleep quality assessment 2) Stress assessment 3) Fatigue Assessment 4) Food consumption behavior questionnaire 5) Food frequency questionnaire and 6) Body composition assessment were used for evaluation in study. The results showed the subjects with poor sleep quality and stress and fatigue, 54% of the subjects were overweight as assessed by BMI and 73% excess body fat. The subjects had breakfast sometimes and they had regularly red meat and poultry consumptions. The habit of dinner time 1-2 hours before bedtime often was positively correlated with sleep quality and stress (0.798 and 0.755, p-value < 0.01). Thus, the adjustment of food consumption behaviors is a factor in promoting good sleep and consequently reducing stress and fatigue.

Keyword: Food Consumption, Behaviors Food Frequency, Sleep Quality



บทนำ

การนอนหลับเป็นกิจกรรมพื้นฐาน 1 ใน 3 ของเวลาทั้งหมดที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ผลกระทบของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ที่ตามมาจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ เช่น ภาวะอ้วนจากระบบเผาผลาญทำงานบกพร่อง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะเครียด ไม่มีสมาธิ สมรรถนะระหว่างวันถดถอย⁽¹⁾ อาหารมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง และส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งต่อบริโภคนิสัยที่แย่ลง ได้แก่ การบริโภคอาหารแปรรูป อาหารจานด่วน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเพิ่มขึ้น รวมถึงการดื่มกาแฟ เพื่อลดระดับความเครียด และกระตุ้นร่างกายให้เกิดการตื่นตัว นอกจากนี้ ยังพบว่าการอดอาหารบางมื้อ ทำให้ปริมาณอาหารบริโภคเพิ่มขึ้นในมื้อถัดไปส่งผลต่อการเพิ่มน้ำหนักตัวตามมา⁽²⁾ ปัญหาการนอนหลับ และสภาวะทางด้านอารมณ์ของนักศึกษาราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร้อยละ 61.4 มีชั่วโมงการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง และพบว่า ร้อยละ 19.5 ไม่รู้สึกสดชื่นหลังจากการตื่นนอน พฤติกรรมด้านอารมณ์ด้านความเครียด พบว่า ร้อยละ 72.7 นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปเนื่องจากปัญหาคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และพฤติกรรมทางอารมณ์ด้านความเครียดในนักศึกษานำไปสู่ประสิทธิภาพการเรียน และความจำลดลงจากความไม่สดชื่นและเหนื่อยล้า⁽³⁾ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการวิจัยที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความถี่การบริโภคอาหารต่อคุณภาพการนอนหลับ รวมถึงปัจจัยอื่นทางอารมณ์ เช่น ความเครียด และความเหนื่อยล้า จึงนำไปสู่การวิจัยนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยด้านความถี่การบริโภคอาหารของผู้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยด้านความถี่การบริโภคอาหารของผู้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาเพศหญิงในมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดเข้า คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจากการประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (PSQI



score > 5) และมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสม่ำเสมอไม่เปลี่ยนแปลงอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก ฉบับแปลไทย ใช้ประเมินภาวะการนอนหลับในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แปลผลคะแนนรวม ≤ 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวม ≥ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี⁽⁴⁾

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ST5 ของกรมสุขภาพจิต ประเมินอาการหรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ โดยแปลผลคะแนนรวมเป็น ระดับความเครียด 4 ระดับ ได้แก่ ปกติ (คะแนน ST5 0-4) เครียดปานกลาง (คะแนน ST5 5-7) เครียดสูง (คะแนน ST5 8-9) และเครียดรุนแรง (คะแนน ST5 >10)⁽⁵⁾

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Revised Piper fatigue scale, R-PFS) โดยแปลผลคะแนนรวมเป็น ระดับความความเหนื่อยล้า 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เหนื่อยล้า เหนื่อยล้าปานกลาง และเหนื่อยล้ามาก⁽⁶⁾

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร 9 คำถาม ที่เป็นตัวแทนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักศึกษาคัดแปลงข้อคำถามเพื่อความเหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจาก สุวรรณ เขียงขุนทด และคณะ⁽⁷⁾ โดยมีระดับความถี่ของพฤติกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 1 เดือน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ปฏิบัติเลย (คะแนน 1) ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (คะแนน 2)

ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ (คะแนน 3) ปฏิบัติ มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ (คะแนน 4)

แปลความหมายของคะแนน (ความกว้างอันตรภาคชั้นคะแนน คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้นคะแนน)

คะแนน 1-1.75 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย คะแนน 1.76-2.50 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

คะแนน 2.51-3.25 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยๆ คะแนน 3.26-4.00 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหาร ประกอบด้วยหมวดอาหาร เนื้อสัตว์ แป้ง ข้าว เส้น ถั่ว เต้าหู้ นม เครื่องดื่ม ผักและผลไม้ โดยมีระดับความถี่ของพฤติกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 1 เดือน อ้างอิงจากความน่าเชื่อถือของประเภทอาหารจากตารางคุณค่าอาหารแลกเปลี่ยนไทย⁽⁸⁾ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้



ไม่บริโภคเลย (คะแนน 1) บริโภค 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (คะแนน 2)

บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ (คะแนน 3) บริโภคมากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ (คะแนน 4)

แปลความหมายของคะแนน (ความกว้างอันตรภาคชั้นคะแนน คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้นคะแนน)

คะแนน 1-1.75 หมายถึง ไม่บริโภคเลย คะแนน 1.76-2.50 หมายถึง บริโภคเป็นบางครั้ง

คะแนน 2.51-3.25 หมายถึง บริโภคบ่อยๆ คะแนน 3.26-4.00 หมายถึง บริโภคเป็นประจำ

ส่วนที่ 6 การประเมินสัดส่วนร่างกายด้วยเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย Tanita BC-601 Body Composition Analyzer, Tanita Co.Ltd., Japan.⁽⁹⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ด้านความชัดเจนของภาษา และการบริหารเวลาในการเก็บข้อมูลจากเครื่องมือทั้ง 6 ส่วน ทดลองใช้ในนักศึกษาโภชนาการและการกำหนดอาหารจำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยการแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณหาความสัมพันธ์ของปัจจัยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความถี่ของการบริโภคอาหารแต่ละประเภทต่อคุณภาพการนอนหลับ ความเครียด และความเหนื่อยล้า ด้วยการหาค่าสหสัมพันธ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ (Rec.42/2563) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือการวิจัยทั้ง 6 ส่วนประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก แบบประเมินความเครียด ST5 แบบประเมินภาวะความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารฯ แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหาร และประเมินสัดส่วนร่างกายรายบุคคล โดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที ซึ่งทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลงานวิจัยนี้ถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นโดยไม่เปิดเผยข้อมูลหรือระบุตัวตน



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 11 คน อายุเฉลี่ย 21 ± 0.6 ปี ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย 25 ± 7.0 กก./ม² อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 54 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเนื้อเยื่อไขมันเกินเกณฑ์ร้อยละ 73 แต่ยังคงมีเนื้อเยื่อไขมันในช่องท้องปกติ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง ด้านพฤติกรรมการนอนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้เวลาก่อนการเคลิ้มหลับมากกว่า 30 นาที และร้อยละ 91 ตื่นระหว่างคืน รวมถึงมีอาการสดชื่นหลังตื่นนอนเพียงเล็กน้อยถึงร้อยละ 73 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ทั้งนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูงขึ้นไป ร้อยละ 46 และมีความเหนื่อยล้าปานกลาง ร้อยละ 45 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แสดงดังตารางที่ 1

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความถี่ในการบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าทุกวันเป็นบางครั้ง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง อาหารแปรรูป อาหารฟาสต์ฟู้ดรวมถึงการบริโภคอาหารมื้อเย็นก่อนนอน 1-2 ชม.ปฏิบัติบ่อยๆ

ด้านความถี่การบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างบริโภคเนื้อสัตว์ในปริมาณ 2 ส่วนต่อครึ่งในการบริโภค พบว่า ส่วนใหญ่บริโภคเนื้อแดง และสัตว์ปีก เป็นประจำ และการบริโภคแป้งข้าวประเภทขัดสี ได้แก่ ข้าวขาว เส้นก๋วยเตี๋ยว 1 ส่วนต่อครึ่งในการบริโภค และดื่มเครื่องดื่มประเภทชูกำลังเป็นประจำ แสดงดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพการนอนหลับเป็นไปในทิศทางบวก ($r = 0.702$, $p\text{-value} < 0.05$) (ข้อมูลไม่ได้แสดง) และนอกจากนี้ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อทุกวัน และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังปริมาณ 1 ส่วนต่อครึ่งในการบริโภคเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับความเครียดในทิศทางลบ ($r = -0.610$ และ $r = -0.709$ ตามลำดับ, $p\text{-value} < 0.05$) ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อเย็นก่อนนอน 1-2 ชม. มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และความเครียดในทิศทางบวก ($r = 0.798$ และ $r = 0.755$ ตามลำดับ, $p\text{-value} < 0.01$) ความถี่ของการบริโภคอาหารแปรรูปบ่อยครั้งมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในทิศทางบวก ($r = 0.725$, $p\text{-value} < 0.05$) แสดงดังตารางที่ 3

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีส่วนใหญ่มีสัดส่วนร่างกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจากการประเมินด้วยดัชนีมวลกาย และมีเนื้อเยื่อไขมันเกินเกณฑ์ ทั้งนี้ พฤติกรรม



การบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าเป็นบางครั้ง การบริโภคอาหารมื้อเย็นก่อนนอน 1-2 ชม. และบริโภคเนื้อแดงและสัตว์ปีกเป็นประจำ ดังนั้น การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถทำได้เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดี และลดความเครียดและความเหนื่อยล้าตามมาได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ*(ปี)	21±0.6
น้ำหนักตัว* (กก.)	64±20.5
ส่วนสูง* (ซม.)	162 ±7.0
ดัชนีมวลกาย* (กก./ม ²)	25±7.0
ผอม	1 (9)
ปกติ	4 (36)
น้ำหนักเกิน	3 (27)
อ้วน	3 (27)
เนื้อเยื่อไขมัน (ร้อยละของน้ำหนักตัว)	
ปกติ	3 (27)
อ้วน	8 (73)
ระดับเนื้อเยื่อไขมันช่องท้อง	
ปกติ	8 (73)
เกินเกณฑ์	3 (27)
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	
เล็กน้อย (คะแนน, PSQI 1-7)	2 (18)
ปานกลาง (คะแนน, PSQI 7-14)	9 (82)
รุนแรง (คะแนน, PSQI 15-21)	-
พฤติกรรมการนอน	
ชั่วโมงการนอนหลับตลอดคืน (> 6 ชม.)	2 (18)
ชั่วโมงการนอนหลับตลอดคืน (< 6 ชม.)	9 (82)
ระยะเวลาก่อนการเคลิ้มหลับ	
ใช้เวลาก่อนหลับน้อยกว่า 30 นาที	-
ใช้เวลาก่อนหลับมากกว่า 30 นาที	11 (100)
การตื่นตอนกลางคืน	
ตื่นเป็นบางครั้ง	1 (9)
ตื่นกลางคืน	10 (91)



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ความสดชื่นหลังการนอนหลับ	
ไม่สดชื่น	1 (9)
สดชื่นเล็กน้อย	8 (73)
สดชื่นปานกลาง	1 (9)
สดชื่น	1 (9)
ระดับความเครียด	
ปกติ (คะแนน, ST5 0-4)	2 (18)
ปานกลาง (คะแนน, ST5 5-7)	4 (36)
สูง (คะแนน, ST5 8-9)	1 (10)
รุนแรง (คะแนน, ST5 >10)	4 (36)
ระดับความเหนื่อยล้า	
เหนื่อยเล็กน้อย (คะแนน, R-PFS 13-52)	6 (55)
เหนื่อยปานกลาง (คะแนน, R-PFS 53-92)	5 (45)
เหนื่อยมาก (คะแนน, R-PFS 93-130)	-

*ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและความถี่ในการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ ในระยะเวลา 1 เดือน

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อทุกวัน	2.36 $\pm$ 0.9	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเช้าทุกวัน	2.36 $\pm$ 1.2	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง เช่น ข้าวเหนียว หนุ่ยปิ้งหรือไก่ทอด ปาท่องโก๋	2.55 $\pm$ 0.7	ปฏิบัติบ่อยๆ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีพลังงานต่ำ เช่น ถั่วลิสง 1 ผล นมกล่อง	1.73 $\pm$ 0.9	ไม่ปฏิบัติเลย
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่า 3 มื้อต่อวัน	1.18 $\pm$ 1.2	ไม่ปฏิบัติเลย
พฤติกรรมการบริโภคอาหารแปรรูป เช่น ขนมปังสำเร็จรูป ไข่กรอบ ปลากระป๋อง	2.64 $\pm$ 0.7	ปฏิบัติบ่อยๆ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารปรุงสุกเสร็จใหม่	3.27 $\pm$ 1.0	ปฏิบัติเป็นประจำ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ แซนวิช	2.27 $\pm$ 0.5	ปฏิบัติบ่อยๆ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อเย็นก่อนนอน 1-2 ชม.	2.73 $\pm$ 1.3	ปฏิบัติบ่อยๆ



พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
ความถี่ในการบริโภคอาหาร		
ประเภทเนื้อสัตว์ (ปริมาณ 2 ส่วนต่อครั้งในการ บริโภค ระยะเวลาเดือนที่ผ่านมา)		
1. เนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว	3.67 $\pm$ 0.9	บริโภคเป็นประจำ
2. สัตว์ปีก	3.91 $\pm$ 0.3	บริโภคเป็นประจำ
3. เครื่องในสัตว์	2.36 $\pm$ 1.6	บริโภคเป็นบางครั้ง
4. เนื้อสัตว์แปรรูป	2.56 $\pm$ 1.3	บริโภคบ่อยๆ
5. ปลา	2.82 $\pm$ 1.2	บริโภคบ่อยๆ
6. อาหารทะเล	1.87 $\pm$ 0.9	บริโภคเป็นบางครั้ง
ประเภทแป้ง ข้าว เส้นก๋วยเตี๋ยว (ปริมาณ 2 ส่วนต่อ ครั้งในการบริโภค ระยะเวลาเดือนที่ผ่านมา)		
1. แป้งขัดสี	3.51 $\pm$ 0.6	บริโภคเป็นประจำ
2. แป้งขัดไม่ขัดสี	2.46 $\pm$ 1.6	บริโภคเป็นบางครั้ง
ประเภทนม (ปริมาณ 1 ส่วนต่อครั้งในการบริโภค ระยะเวลาเดือนที่ผ่านมา)		
1. ผลิตภัณฑ์นมวัว	2.55 $\pm$ 1.3	บริโภคบ่อยๆ
2. ผลิตภัณฑ์นมธัญพืช	1.64 $\pm$ 0.8	ไม่บริโภคเลย
เครื่องดื่ม (ปริมาณ 1 ส่วนต่อครั้งในการบริโภค ระยะเวลาเดือนที่ผ่านมา)		
1. เครื่องดื่มชูกำลัง	3.91 $\pm$ 0.3	บริโภคเป็นประจำ
2. เครื่องดื่มน้ำอัดลม	1.72 $\pm$ 0.8	บริโภคบ่อยๆ
3. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.91 $\pm$ 0.7	บริโภคบ่อยๆ
ผักและผลไม้ (ปริมาณ 2 ส่วนขึ้นไปต่อครั้งในการ บริโภค ระยะเวลาเดือนที่ผ่านมา)		
1. ผัก	2.62 $\pm$ 0.9	บริโภคบ่อยๆ
2. ผลไม้	2.23 $\pm$ 0.6	บริโภคเป็นบางครั้ง



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางโภชนาการต่อคุณภาพการนอนหลับ ความเครียด และความเหนื่อยล้า

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		
	คุณภาพการนอนหลับ	ระดับความเครียด	ระดับความเหนื่อยล้า
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อทุกวัน	-0.464	-0.610*	-0.281
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อเย็นก่อนนอน 1-2 ชม.	0.798**	0.755**	0.180
การบริโภคเนื้อสัตว์แปรรูปบ่อยครั้ง	0.395	0.524	0.725*
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ	0.235	-0.709*	0.212

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัดส่วนร่างกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจากการประเมินด้วยดัชนีมวลกาย และมีเนื้อเยื่อไขมันเกินเกณฑ์ซึ่งจากการศึกษาของ Wang J และคณะ พบว่า นักศึกษาเพศหญิงที่มีดัชนีมวลกายที่สูงมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดีส่งผลต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนด้วยอิทธิพลของความไม่สมดุลของฮอร์โมนที่ควบคุมความหิวอิ่ม โดยเฉพาะการดื้อของฮอร์โมนเลปติน และมีการหลั่งฮอร์โมนเกรลินเพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกบริโภคอาหารมากยิ่งขึ้น ด้านภาวะความเครียด และความเหนื่อยล้ามักได้รับผลกระทบมาจากการนอนไม่เพียงพอ⁽¹¹⁾ กลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง และมีเวลาก่อนการเคลิ้มหลับมากกว่า 30 นาที ซึ่งคำแนะนำสำหรับประชากรช่วงอายุ 18-30 ปี ควรมีชั่วโมงการนอน 7-9 ชั่วโมง และไม่มีควรมีระยะเวลาเวลาก่อนการเคลิ้มหลับมากกว่า 30 นาที⁽¹²⁾ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดตื่นระหว่างคืน และมีอาการสดชื่นหลังตื่นนอนเพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานเชิงระบาดวิทยาพบว่า ความสุขของเพศหญิงมีปัญหาการนอนหลับยาก และตื่นกลางคืนส่งผลต่อการขาดความสดชื่นหลังจากการตื่นนอนจนเกิดความไม่สุขสบายจนนำไปสู่การใช้ยานอนหลับได้มากกว่าเพศชาย⁽¹³⁾

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าเป็นบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang ZS และคณะ การไม่บริโภคอาหารเข้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกังวล นอนไม่หลับ และตื่นระหว่างคืนซึ่งเกิดขึ้นจากฮอร์โมนแห่งความเครียดจากการอดอาหารส่งผลต่ออารมณ์และการนอนหลับ⁽¹⁴⁾

ด้านความถี่การบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างบริโภคเนื้อสัตว์ในปริมาณ 2 ส่วนต่อครั้งในการบริโภคพบว่า ส่วนใหญ่บริโภคเนื้อแดง และสัตว์ปีกเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim H และคณะ



พบว่า กลุ่มคนที่บริโภคเนื้อแดงมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และมีความเครียดสูงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มคนที่มีความเครียดน้อย⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างบริโภคแป้งข้าวประเภทขัดสีได้แก่ ข้าวขาว เส้นก๋วยเตี๋ยว 1 ส่วนต่อครึ่งในการบริโภคเป็นประจำ และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังจัดเป็นเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำ ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนอนไม่หลับได้มากกว่าอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ⁽¹⁶⁾ อาหารที่มีดัชนีน้ำตาลสูง เช่น แป้งขัดขาว เส้นก๋วยเตี๋ยว เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ร่างกายหลั่งฮอร์โมนอินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ในขณะที่น้ำตาลในเลือดต่ำร่างกายเกิดการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล สอร์โมนอะดรีนาลีน ทำให้ร่างกายตื่นตัว เกิดภาวะตื่นตัว ตึงเครียด และนอนหลับยาก⁽¹⁷⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพการนอนหลับเป็นไปในทิศทางลบ เนื่องจากความเครียดส่งผลให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงส่งผลกระทบต่อการทำงานของประสาทสมองส่วนกลางบริเวณ Hippocampus, Amygdala และ Prefrontal cortex ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำอารมณ์ และพฤติกรรมทำให้เกิดการนอนหลับผิดปกติ⁽¹⁸⁾ พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อทุกวันมีความสัมพันธ์กับความเครียดในทิศทางลบ การบริโภคอาหารครบมื้อเป็นการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดในร่างกายให้คงที่ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเครียดจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำนำไปสู่การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า ผู้ที่บริโภคอาหารไม่ครบ 3 มื้อ หรืออดอาหารเข้า มีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติจากสมอง (Hypothalamic-Pituitary- Adrenal-Axis : HPA axis) ที่ตอบสนองต่อปฏิกิริยาความเครียดโดยเพิ่มระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าผู้ที่บริโภคอาหารครบ 3 มื้อ หรือไม่อดอาหารเข้า⁽¹⁹⁾ การบริโภคอาหารมื้อเย็นก่อนนอน 1-2 ชม. มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและความเครียดในทิศทางบวกสอดคล้องกับการศึกษาของ Iao SI และคณะ พบว่า การบริโภคอาหารมื้อเย็นก่อนนอน 30 นาที ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีระยะเวลาก่อนการเคลิ้มหลับนานขึ้น และมีประสิทธิภาพการนอนหลับต่ำโดยการบริโภคอาหารมื้อเย็นใกล้เวลานอนส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับเนื่องจากมีความไม่สบายตัวจากอาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร ส่งผลให้เกิดโรคทางเดินอาหาร เช่น กรดไหลย้อน ท้องอืด เป็นต้น⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยด้านความถี่ในการบริโภคอาหารเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงสุขอนามัยที่สามารถปรับได้ และเป็นผลดีต่อการควบคุมสุขภาพการนอนหลับ และอารมณ์ให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง



มีขนาดเล็ก และเป็นเพศหญิงซึ่งมีอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ จึงควรศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้น และศึกษาในเพศชายเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Aminoff MJ, Boller F, Swaab DF. We spend about one-third of our life either sleeping or attempting to do so. *Handb Clin Neurol*. 2011;98:vii.
2. Schellekens H, Finger BC, Dinan TG, Cryan JF. Ghrelin signalling and obesity: at the interface of stress, mood and food reward. *Pharmacol Ther*. 2012;135(3):316-26.
3. กฤติเดช มิ่งไม้, พิษสุดา เดชนบุญ, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ กลุ่มระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์ ครั้งที่ 7; 2559. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (ประเทศไทย); 2559. หน้า 2598-2611.
4. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai*. 2014;97(3):57-67.
5. Silpakit O, Silpakit C. A thai version of mindfulness questionnaire: Srithanya Sati scale. *East Asian Arch. Psychiatry*. 2014;24(1):23-9.
6. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE. The revise Piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1998; 25: 677-84.
7. สุวรรณ เชิญขุนทด และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไข้เจริญ กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
8. งานโภชนาการ โรงพยาบาลรัฐรักษ์ปัตตานี. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: https://tph.go.th/th/news/sarakharu_file/590923101226.pdf
9. Marra M, Sammarco R, De Lorenzo A, Iellamo F, Siervo M, Pietrobelli A, Donini LM, Santarpia L, Cataldi M, Pisanisi F, Contaldo F. Assessment of Body Composition in Health and Disease Using Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) and Dual Energy X-Ray Absorptiometry (DXA): A Critical Overview. *Contrast Media Mol Imaging*. 2019; 2019:3548284.



10. Wang J, Chen Y, Jin Y, Zhu L, Yao Y. Sleep quality is inversely related to body mass index among university students. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2019;65(6):845-850.
11. Cooper CB, Neufeld EV, Dolezal BA, Martin JL. Sleep deprivation and obesity in adults: a brief narrative review. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2018;4(1).
12. Chaput JP, Dutil C, Sampasa-Kanyinga H. Sleeping hours: what is the ideal number and how does age impact this? *Nat Sci Sleep*. 2018;10:421-430.
13. สุภารัตน์ ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา. การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2548;20(2):1-12.
14. Chang ZS, Boolani A, Conroy DA, Dunietz T, Jansen EC. Skipping breakfast and mood: The role of sleep. *Nutr Health*. 2021;27(4):373-379.
15. Kim H, Jeong G, Park YK, Kang SW. Sleep Quality and Nutritional Intake in Subjects with Sleep Issues According to Perceived Stress Levels. *J Lifestyle Med*. 2018;8(1):42-49.
16. Gangwisch JE, Hale L, St-Onge MP, Choi L, LeBlanc ES, Malaspina D, Opler MG, Shadyab AH, Shikany JM, Snetselaar L, Zaslavsky O, Lane D. High glycemic index and glycemic load diets as risk factors for insomnia: analyses from the Women's Health Initiative. *Am J Clin Nutr*. 2020;111(2):429-439.
17. Food For Brain [Internet]. Insomnia [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้ จาก: <https://foodforthebrain.org/condition/insomnia/>
18. Hirotsu C, Tufik S, Andersen ML. Interactions between sleep, stress, and metabolism: From physiological to pathological conditions. *Sleep Sci*. 2015;8(3):143-52.
19. Witbracht M, Keim NL, Forester S, Widaman A, Laugero K. Female breakfast skippers display a disrupted cortisol rhythm and elevated blood pressure. *Physiol Behav*. 2015;140:215-21.
20. Iao SI, Jansen E, Shedden K, O'Brien LM, Chervin RD, Knutson KL, Dunietz GL. Associations between bedtime eating or drinking, sleep duration and wake after sleep onset: findings from the American time use survey. *Br J Nutr*. 2021;127(12):1-10.



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>

ISSN 1906-2605

E-ISSN 2697-4673



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลียบเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000

โทร 043-019760 ต่อ 114