

Volume 17 No.1 January - April 2024
ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน 2567

R&D Health
System Journal



วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



THAIJO



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

ISSN 3027-6845 (Print)

ISSN 3027-6853 (Online)

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดย ฉบับนี้เป็นปีที่ 17 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน 2567 เป็นฉบับต้นปีของการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2567 มีบทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย บทความวิจัย และกรณีศึกษา ครอบคลุมทั้งสาขาการพยาบาล การแพทย์ ชุมชน การมีส่วนร่วม การเงินการคลัง และงานด้านบุคคล ซึ่งหลากหลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และจะยินดีอย่างยิ่งถ้าสามารถนำงานวิชาการไปสู่การปฏิบัติได้จริงในพื้นที่อื่นๆ ทั้งนี้พร้อมรับข้อเสนอแนะ 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.พรพัฒน์ ภูนาถม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอำนาจ	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. จิตภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา คุุริญญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมจำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร.สาธิตต์ แก้วบุญเรือง	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูถาวรณ	โรงพยาบาลมั่งงัด จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกลั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุตกรยุทธ์	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 เมพินิล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ คลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภาณุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินทร์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาพรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศน์เทพ คลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

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

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

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องขออนุมัติประเมินบทความ

รศ.ดร.รศ.ดร.พรรณิ บุญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.ทัฬหะ ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ภาคภูมิ พิทักษ์	คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์	รองคณบดีฝ่ายบริหารและพัฒนาองค์กร มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ธนรรจน์ รัตนโชติพานิช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ. ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	วิทยาลัยการแพทย์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ธวัชชัย คาแข้งเขา	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.สุภาภักย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.อัครสิทธิ์ ไชยณรงค์	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.ปรีชากร สงวนกิตติพันธุ์	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พญ.สิริจินดา กิตติศิริวัฒนกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร.สุพัศรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี
นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
พญ.วราวุฒิ อมรภิญโญ	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น
ดร.สมพร ส่งตระกูล	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.เอี่ยมพร สุ่มมาตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
ดร.อมวดี อัมพันศิริรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ดร.นวลปรารถน์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.เขวเรศ ก้านมะลิ	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศุภศิลป์ ศิริรักษา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำขุ่น
ดร.กฤษณะ อุ้นทะโคตร	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาล สกลนคร.....	1
ทัศนีย์ กลีบรัง, เกศกัญญา ไชยวงศา, วิภาจรีย์ วันดี, จารุพร ไชยวงศา	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ รูปแบบบริพและชีพน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย.....	16
จุฑาทิพย์ คนตรง	
การพัฒนาแบบแผนการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเครือข่าย โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดบึงกาฬ.....	30
สุนิธิ เรือระวิบูลย์	
การประเมินผลการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น.....	45
ศิริธร ยอดสะอี่	
การประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565).....	59
วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี	
ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566.....	72
วีระวรรณ เหล่าวิฑิต, เอมวิภา แสงชาติ	
การพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7.....	83
สุจิรา ขวาชั้น	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนวมินทร์ จังหวัด กาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566.....	98
ปิยะนุช วิรัตน์เกษ	
ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.....	113
พันธะกานต์ ยืนยง, ญาณันธร กราบทิพย์, กนกกร จงประสิทธิ์, กนกกรดา แก้วอ่อน, นิชกานต์ ส่งแจ้ง, ธมนวรรณ นาลัย, ปรีดิตร ทองนา, สุพรรณษา ศรีโมรา, จุติมา เดียววัฒนวิวัฒน์, สนิษฐา โคตรบรรเทา	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.....	127
ปรีชา สุวรรณทอง, อมรรัตน์ ถิ่นเชื้อตรง, สิริภา เดียวศิริ	
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ เข้ารับบริการของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	142
จุฑารัตน์ หาญอาษา	
ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.....	155
นิตยา ขวเดชกล้า, อภิญญา ตันเจริญ	



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การศึกษาความรู้ผลกระทบต่อสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล ที่ถูกหลักสุขาภิบาล ของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7.....	168
วาทีณี จันทรเจริญ, ปิยะมากรณ์ ดวงมนตรี	
ผลการศึกษาร้างงานโครงการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และสายงานบริการ ทางการแพทย์อื่น เพื่อแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อพัฒนารูปแบบการจ้างงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับการจัดการภาครัฐแนวใหม่.....	183
เสาวลักษณ์ จิมจาด, อรพิน ทองสมนึก, ปัทมาภรณ์ กุสมภ์, ปรีชา บุญญากสิธิ์โสภา, ทองพูน พลทัพ	
ความรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง ขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ต่อกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....	198
สุภัทรา สามัง, ศิริชัย รินทะราช	
การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของสามเณรใน โรงเรียนปริยัติธรรม จังหวัดอุบลราชธานี.....	211
นฤมล กิ่งแก้ว	
ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เลือกสมองระยะเฉียบพลัน งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน.....	224
อรทัย ธรรมป้อม	
ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินในผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น.....	238
ศรีสุรางค์ มั่งมี	
หลักการสอนแอโรบิกแดนซ์สมัยใหม่.....	253
ขรรชงค์ พานเพ็ญ, อัดลสิทธิ์ ไชยณรงค์, ชวิศ วงษ์เขียว	
ปัจจัยพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ชมรมครู บ้านนาญอำเภอมะนัง จังหวัดตาก.....	267
จิระภา ขำพิสุทธิ, ปัทมา สุพรรณกุล	
การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาญ อำเภอนาญ จังหวัด กาฬสินธุ์.....	281
สร้อยศรี วรรณ	
โรงพยาบาลบุษราคัม ต้นแบบการพัฒนารับมือ COVID-19 และ โรคระบาดในอนาคตสู่การขยายผลในพื้นที่ ฉะเชิงเทรา.....	296
ณภัช นฤคนธ์	
การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลถึงทารกแรกเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2565 จตุชัย มณีรัตน์	310
การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลแพร่.....	320
พิชามญช์ อินแสน, สมใจ ศิริภมม, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล	
การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นต่อความรู้และพฤติกรรมในการกำจัดน้ำของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน.....	334
เพ็ญจันทร์ นันทะชัย, เมธาวิ ดวงแก้ว, ทิพากร สุภาภาส	



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระหว่างผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา กับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน..... กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง, ประเสริฐ ประสมรักษ์	348
ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบเพื่อลดความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มเกษตรกร จังหวัดสระแก้ว..... จันทรัตน์ จาริกสกุลชัย, เพ็ญฟ้า รัตนคุณหุทานนท์, นาดยา ดวงประทุม, รัฐพล ศิลปรัศมี	362
ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย..... ศักดิ์สิทธิ์ พลดี	376



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลสกลนคร

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR ELDERLY PATIENTS WITH PNEUMONIA AT SAKONNAKHON HOSPITAL

ทัศนีย์ กลีบรัง¹, เกศกัญญา ไชยวงศา^{2*}, วิภาจรีย์ วันดี¹,

จารุพร ไชยวงศา²

Thatsanee Kleebrung¹, Kedkanya Chaiwongsa^{2*}, Wipajaree Wandee¹,

Jaruporn Chaiwongsa²

Received: October 12, 2023

Revised: December 17, 2023

Accepted: January 04, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้นอนโรงพยาบาล และเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นและรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตถ้ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 1) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 18 คน 2) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาตึกอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPGBs) 2) แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบแบ่งเป็น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่ยังไม่ได้ใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ และใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ประเมินผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้ง มากกว่าร้อยละ 83.73 ส่วนด้านผู้ป่วยตรวจไม่พบ เชื้อก่อโรค ภาวะคือต่ออายุฉุกเฉิน ภาวะแทรกซ้อนในขณะพักรักษาตัว อัตราการเสียชีวิตลดลง แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPGBs) ที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้ง่าย

ควรมีการติดตาม กำกับและประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ, ภาวะปอดอักเสบ, แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

¹ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสกลนคร

Male Medical Ward 2, Sakon Nakhon Hospital

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: kedkanya.gibb@bcnu.ac.th



Abstract

Pneumonia in the elderly patients often results in prolonged hospital stays, increased healthcare costs, and the potential for mortality, especially in cases where there is a blood infection. The aim of this study was to develop and evaluate Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPGs) tailored for elderly patients with pneumonia at Sakon Nakhon Hospital from November 2022 to July 2023. The sample groups were categorized as follows: 1) A group of 18 nurses utilizing Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPGs) and 2) Elderly patients with pneumonia admitted to the Male Geriatric Ward 2 at Sakon Nakhon Hospital, totaling 30 individuals. The data collection tools included 1) Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPGs) and 2) the assessment questionnaire for the evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines. The data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

The research findings revealed that Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPGs) for elderly patients with pneumonia, categorized into those who had not yet undergone respiratory intubation and those who had received respiratory intubation, were potentially applicable. The assessment of professional nursing outcomes indicated that the majority consistently adhered to the guidelines, with over 83.73%. On the patient's side, there was no evidence of pathogenic organisms, a low incidence of antibiotic resistance, and no complications during hospitalization. The mortality rate had decreased. The developed Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPGs) were easily implementable.

There should be continuous supervision, guidance and assessment to improve the quality of patient care over time.

Keywords: Elderly patients, Pneumonia, Clinical nursing practice guidelines



บทนำ

ภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากการติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุ อธิบายจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เชื่อมโยงกับอายุที่เพิ่มขึ้น ระบบทางเดินหายใจ และการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่ลดลง นำไปสู่ร่างกายอ่อนแอ การติดเชื้อได้ง่าย และการเสียชีวิตได้⁽¹⁾ และนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 กลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด โดยสาเหตุส่วนใหญ่ คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ^(2,3) ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอาการรุนแรง และมีภาวะการหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับก๊าซออกซิเจนที่เพียงพอด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อพยุงการหายใจของผู้ป่วย⁽⁴⁾ อุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพบได้ตั้งแต่ 4.25 ครั้งต่อ 1000 วัน ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 ถึง 28.8 ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และอาจสูงถึงร้อยละ 76 ของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น การใช้จ่ายด้านจุลชีพที่มีราคาสูง บางรายเข้าสู่ภาวะวิกฤตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต เพิ่มอุบัติการณ์เกิดเชื้อดื้อยา และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนทั่วไปของโรคปอดอักเสบรุนแรง รวมถึงการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และภาวะติดเชื้อรุนแรง จำเป็นต้องทบทวนแนวทางป้องกัน และสนับสนุนให้นำมาพิจารณาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ ทั้งในเรื่องการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม และการใช้มาตรการป้องกันที่มีประสิทธิผลซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญ⁽³⁾

ในปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลสกลนคร พบ อัตราตายของโรคปอดอักเสบสูงเป็นอันดับหนึ่ง⁽²⁾ ซึ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสกลนคร มีสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคด้วยโรคปอดอักเสบ ตั้งแต่ปี 2562-2564 คิดเป็นร้อยละ 10.66, 12.60, 13.73 ตามลำดับ และคิดเป็นอัตราที่เสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 22.38, 21.05, 34.38 ตามลำดับ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบมีแนวโน้มเสียชีวิตสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนของการดูแลรักษา มีโอกาสเกิดติดเชื้อซ้ำถ้าได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มอัตราเสียชีวิต จากการทบทวนปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคด้วยโรคปอดอักเสบ และมีการติดเชื้อสู่กระแสโลหิตในขณะที่รับการรักษา คือ เกิดไตวายเฉียบพลัน ตับวาย ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และภาวะหัวใจล้มเหลวในขณะที่ดูแลรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง ทั้งนี้ หน่วยงานยังไม่มีแนวทางในการดูแลให้การพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และขาดเครื่องมือในการติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ชัดเจน

ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคปอดอักเสบที่เป็นแนวทางเดียวกัน จะช่วยป้องกันแก้ไขปัญหาคาที่จะเกิดกับผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องเหมาะสม ลดค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาตัว และภาวะคื้อต่อยา ระยะเวลาใน



การรักษาให้หายจากโรคโดยเร็ว และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด สูญเสียชีวิตน้อยที่สุด ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจำเป็นต้องพัฒนา และประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้ ซึ่งแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ และสามารถนำไปใช้ได้จริงสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งทางด้านผู้ป่วย และด้านพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วม และมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และหน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ โรคปอดอักเสบ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่างๆ รวมทั้งการเสียชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลสกลนคร
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลสกลนคร

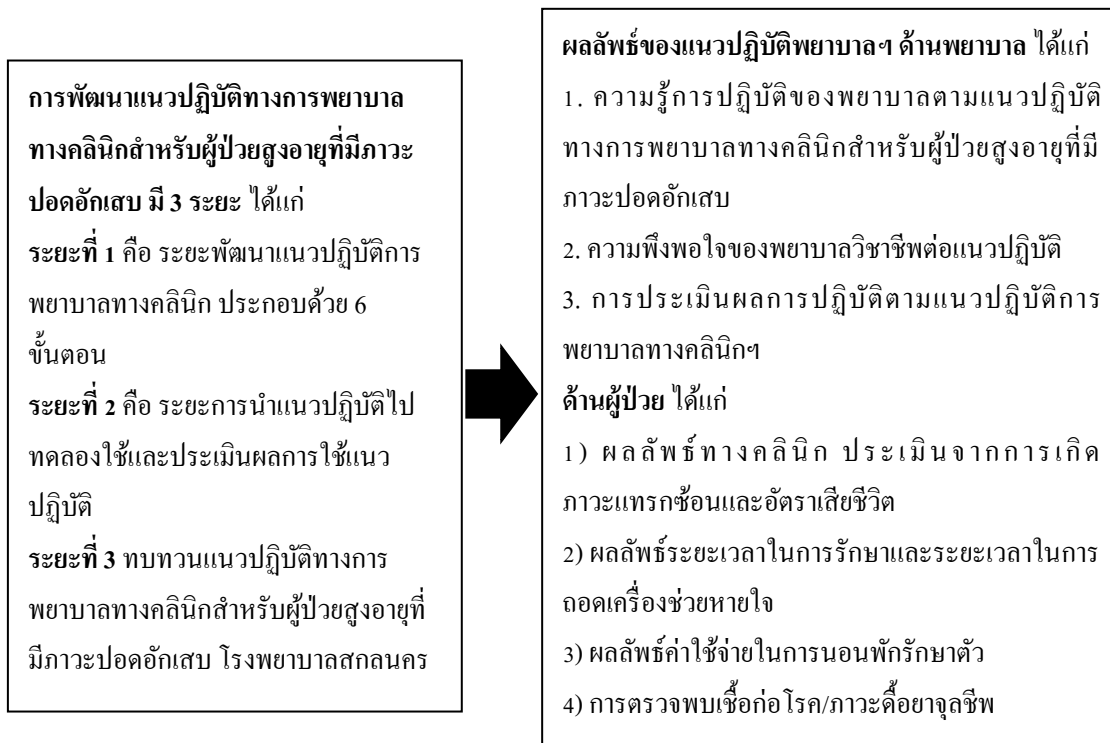
การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนา และประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ สภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย^(6,7) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ มีแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยการ ใช้แนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนา/กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) กำหนด วัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ 4) สืบค้น และการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นเลิศ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ โรคปอดอักเสบ 5) การยกร่างหรือกำหนดร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPGs) 6) การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ นำร่างแนวปฏิบัติไปผ่านกระบวนการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 2 คือ ระยะการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ส่งเสริม และเผยแพร่การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินจากภาวะแทรกซ้อน และอัตราการสูญเสียชีวิต 2) ผลลัพธ์ ระยะเวลาในการรักษา และระยะเวลาในการถอดเครื่องช่วยหายใจ 3) ผลลัพธ์ค่าใช้จ่ายในการนอนพัก



รักษาตัว และ 4) การตรวจพบเชื้อก่อโรค/ภาวะคือยาจุลชีพ และระยะที่ 3 เป็นการทบทวนแนวปฏิบัติฯ
สรุปดังแผนภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยดำเนินงาน (Operation Research) เพื่อพัฒนา และประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guidelines Development: CNPGs)
ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย
อายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสกลนคร มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถเข้าร่วม
วิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 18 คน 2) ผู้ป่วย
เพศชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคปอดอักเสบทั้งปอดอักเสบชุมชน (Community Acquired



Pneumonia: CAP) ปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia: HAP) และปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Acquired Pneumonia: VAP) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสกลนคร ในระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2566 จำนวน 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อหากต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาในด้านความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความเข้าใจของเนื้อหา หลังจากนั้นจึงนำผลการประเมิน มาคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ต้องได้ค่ามากกว่า 0.80

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPGs) ประกอบด้วย 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CNPGs) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามของทิพวัลย์ รัตนพันธ์ และคณะ⁽⁸⁾ โดยแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็น 11 หัวข้อ โดยลักษณะของแบบเก็บข้อมูลเป็นแบบเลือกตอบว่า ระดับความคิดเห็นมาก ปานกลาง และน้อยที่สุดตามสิ่งที่เกิดขึ้นจริง แปลผลคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด, 1.67-2.33 หมายถึง ระดับความคิดเห็นปานกลาง และ 2.34-3.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบไปใช้ แบบสอบถามจะแบ่งออกเป็น 8 หัวข้อ แบบสอบถามการตอบใช้มาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด⁽⁹⁾ กำหนดคะแนน 5 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลความหมายของระดับ ใช้คะแนนเฉลี่ยดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด, 3.50-4.49 หมายถึง มาก, 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึง น้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างกรอบในการปฏิบัติการพยาบาล ดัดแปลงจากการศึกษาของ กัลยรัตน์ สังข์มรรทร และคณะ⁽¹¹⁾ เป็นแบบเลือกตอบว่า ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติ การแปลความหมายของระดับ ใช้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 0.00-0.66 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ใน



ระดับต่ำ, 0.67-1.33 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และ 1.34-2.00 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับดี

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน และอัตราเสียชีวิต ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัว ค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาตัว การตรวจพบเชื้อก่อโรค/ภาวะดื้อยาจุลชีพ โดยลักษณะของคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และแบบเติมคำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ นำมาพิจารณาความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ และ 3) พยาบาลระดับชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ คำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index= CVI) ได้เท่ากับ 0.826 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และได้ค่า CVI เท่ากับ 0.912 ของผู้ป่วยที่ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พิจารณาความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นทีมเดียวกับที่ตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91 และ 1.00 ตามลำดับ ก่อนนำไปใช้ได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.76 และ 0.715 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 มีขั้นตอนดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเวลาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guidelines Development: CNPGs) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ ผู้วิจัยบูรณาการขั้นตอนของการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยใช้ CNPGs และขอบเขตของแนวปฏิบัติ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสกลนคร

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนา/กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรเช้า-บ่าย-ดึก และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัย



ว่าเป็นโรคปอดอักเสบทั้งทั้งปอดอักเสบชุมชน ปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหามาประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยการใช้ CNPGs ในขั้นตอนที่ 1 และขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก และผลลัพธ์ทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้น และการประเมินคุณค่า ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัย และคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยสืบค้นและคัดเลือกรายงานวิจัยจากฐานข้อมูล google scholar, Websites ที่สามารถสืบค้น systematic review www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au แล้วนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ และแบ่งระดับความน่าเชื่อถือ เพื่อนำมาจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ทั้งหมด 12 เรื่อง ได้แก่ หลักฐานอยู่ในระดับ 2 จำนวน 3 เรื่อง, ระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง, ระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง, ระดับ 5 และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 เรื่อง และนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โดยการสืบค้นกำหนดคำสำคัญตามแบบ PICO คือ

.... 4.1) กลุ่มเป้าหมาย (Population) เช่น ผู้สูงอายุ โรคปอดอักเสบ

.... 4.2) วิธีการจัดการปัญหา (Intervention) เช่น แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

.... 4.3) คำค้น (Combine Searches) เช่น ผู้สูงอายุปอดอักเสบ, pneumonia in elderly

.... 4.4) ผลลัพธ์ (Outcomes) เช่น อัตราผู้ป่วยปอดอักเสบ, อัตราเสียชีวิต

.... 4.5) ชนิดของหลักฐาน (Types of Evidence) และการจัดระดับของหลักฐาน (Levels of Evidence) การจัดแบ่งระดับของหลักฐาน เช่น RCTs, systematic review, meta-analysis, practice guidelines เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการค้นหา PICO เพื่อกำหนดระดับของหลักฐานที่พบในแต่ละบทความ ทำการเรียงลำดับชั้นความเกี่ยวข้อง และความแน่นอนของหลักฐาน

ขั้นตอนที่ 5 กำหนดร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPGs) โดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ นำร่างแนวปฏิบัตินี้ ไปผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ระยะที่ 2 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ดำเนินการตั้งแต่ เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2566 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1) การทดลองใช้การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guidelines Development: CNPGs) โดยส่งเสริม และเผยแพร่ ซึ่งแจ้งการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยนำร่าง CNPGs ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5-10 คน หรือใช้ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์⁽⁷⁾ จากนั้นทีมพัฒนาทำการประเมินผล ซึ่งจะเป็นการประเมินเชิงโครงสร้าง และกระบวนการมากกว่าจะเป็นการประเมินผลลัพธ์ หลังจากนั้น นำผลการประเมินมาปรับปรุงใหม่ก่อนนำไปใช้จริง



2) ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยการประเมินผลลัพธ์ได้แก่
1) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินจากภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต 2) ผลลัพธ์ระยะเวลา
ในการรักษา และระยะเวลาในการถอดเครื่องช่วยหายใจ 3) ผลลัพธ์ค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาตัว
4) ภาวะดื้อต่อยา

ระยะที่ 3 ปรับปรุง และทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มี
ภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลสกลนคร และประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติของหน่วยงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์จากการการใช้นโยบายการพยาบาลทาง
คลินิกด้านผู้ป่วยด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร
เลขที่ SKNH REC No.036/2565 ลงวันที่รับรอง 7 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยได้บอกวัตถุประสงค์
กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการรักษาความลับส่วนบุคคล ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และ
ให้สิทธิ์ในการปฏิเสธระหว่างการเข้าร่วมวิจัย และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 มีอายุอยู่ระหว่าง 24-35 ปี
(Mean 28.11, S.D. = 3.31) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 55.6 ประสบการณ์
ในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2 และ 3 ปี ร้อยละ 16.7, 16.7 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการทำงาน
สูงสุด คือ 10 ปี และต่ำสุด 1 ปี ได้รับการอบรมพัฒนาองค์ความรู้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการ
พยาบาลทางคลินิก ร้อยละ 94.4

2. ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติพยาบาลฯ ด้านพยาบาล ได้แก่

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPgs) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ
แบ่งเป็น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่ยังไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 7 หมวด ได้แก่
1) การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะปอดอักเสบ 2) การล้างมืออย่างมี
ประสิทธิภาพ 3) การดูแลจัดทำ และกระตุ้นการเคลื่อนไหว 4) การให้อาหารทางสายยาง (ในกรณีที่
ใส่สายให้อาหารทางจมูก) 5) การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน 6) การดูแลการหายใจให้มี
ประสิทธิภาพ 7) การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ



ปอดอักเสบที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 7 หมวด ได้แก่ 1) การล้างมือวิธีการล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพ 2) การดูแลจัดท่านอน และการพลิกตัว 3) การดูแลเสมหะ/อุปกรณ์การดูแลเสมหะ 4) การให้อาหารทางสายยาง 5) การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน 6) การดูแลท่อช่วยหายใจ และ 7) การดูแลอุปกรณ์ช่วยหายใจ

2) ประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPGs) ไปใช้ตามสิ่งที่เกิดขึ้นจริง พบว่า ระดับของความคิดเห็นเป็นจริงมากที่สุด (Mean = 2.81, S.D. = 0.38)

3) ประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติฯ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบไปใช้ มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, S.D. = 0.50)

4) ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้สุ่มสังเกตการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบของพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนกันไปจนครบทุกคน ในเวรเช้าทุกวันๆ ละ 3 คน ได้แก่ หัวหน้าเวร จำนวน 1 คน และสมาชิกทีม จำนวน 2 คน ผลการประเมินตามแนวปฏิบัติฯ ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่ยังไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า มีการปฏิบัติได้ทุกครั้ง มากกว่าร้อยละ 83.73 โดยเรื่องที่ยังมีการปฏิบัติน้อย คือ การเฝ้าระวัง และประเมินก่อนเกิดการติดเชื้อรุนแรงจาก SOS score การทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า มีการปฏิบัติได้ทุกครั้งมากกว่าร้อยละ 83.33 โดยเรื่องที่ยังมีการปฏิบัติน้อย คือ การล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลจัดท่านอน และการพลิกตัว การดูแลความสะอาดภายในช่องปาก และฟัน

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ซึ่งแบบเก็บข้อมูลมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบโดยทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ เป็นผู้ประเมินเอง พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมปฏิบัติทุกครั้งที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มากกว่าร้อยละ 83.33 ส่วนที่ปฏิบัติน้อย คือ กำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

3. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ

เป็นผู้ป่วยชายจำนวน 30 คน มีอายุระหว่าง 60-80 ปี (ค่าเฉลี่ย 71.30 ปี, S.D. = 6.43) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.33 อาชีพส่วนใหญ่ ทำนา และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 63.33 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสกลนคร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย $21.26 \text{ kg/m}^{(2)}$ มีโรคประจำตัว เช่น HT, DM, Old CVA, COPD ร้อยละ 73.33 มีประวัติการรับยาประจำ และสม่ำเสมอ ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.67 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 55.56 ไม่มีประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคที่รุนแรงในช่วงระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา



4. ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกด้านผู้ป่วย ได้แก่

1) ประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราเสียชีวิต พบว่า ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อัตราเสียชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบหลังใช้แนวปฏิบัติฯ พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.85 ด้วยภาวะ Septic shock with Pneumonia with post cardiac arrest และภาวะ Pneumonia with Acute Respiratory failure with Sepsis with ITP with Hyponatremia ซึ่งเป็นการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน เกิดจากภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีอาการรุนแรงตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 9 ชั่วโมง และ 18 ชั่วโมง ตามลำดับ

2) ผลลัพธ์ระยะเวลาในการรักษา และระยะเวลาในการถอดเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ระยะเวลาในการรักษาที่โรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่ยังไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 75.2-89.93 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีระยะเวลาในการรักษาค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 120-130.53 ชั่วโมง ระยะเวลาในการถอดเครื่องช่วยหายใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24-35.73 ชั่วโมง

3) ผลลัพธ์ค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาตัว ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่ยังไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาตัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 14,480.57 บาท กลุ่มที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 26,241.77 บาท

4) การประเมินการติดเชื้อก่อโรค/ภาวะดื้อต่อยาจุลชีพ จากการตรวจเพาะเชื้อหาสาเหตุการเจ็บป่วยระหว่างการรับการรักษา ไม่พบเชื้อก่อโรค/ภาวะดื้อต่อยาจุลชีพ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่มีการหายใจล้มเหลวจากโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งตัวมารับการรักษา และได้รับการรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อก่อโรค

สรุปผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลสกจนคร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่ยังไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

2. ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โรงพยาบาลสกจนคร พบว่า ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในขณะนอนพักรักษาตัว ไม่พบเชื้อก่อโรค/ภาวะดื้อต่อยาจุลชีพ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อก่อโรคเพิ่มเติม อัตราเสียชีวิตลดลง



อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนา และประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย⁽⁶⁾ โดยมีขั้นตอนการพัฒนาที่ชัดเจน 3 ระยะ เริ่มจากการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และนำมาสร้างเป็นแบบร่างเพื่อให้ทีมพยาบาลวิชาชีพได้ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับทีมพยาบาลโดยการจัดอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติกับหุ่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ ทำให้การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ทีมพยาบาลมีความมั่นใจ และเกิดการมีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปในแนวทางเดียวกัน มีการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเป็นระยะๆ ปรับปรุง และทบทวน จนกระทั่งประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติของหน่วยงาน

2. ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ

2.1 ด้านพยาบาล

2.1.1 การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับทีมพยาบาลโดยการจัดอบรม โดยการบรรยาย การฝึกสาธิต และสาธิตย้อนกลับ การติดตามประเมินผล ปรับปรุง และทบทวนแนวปฏิบัติ ทำให้ทีมพยาบาลมีความเข้าใจ รวมทั้งการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาผู้ป่วยสูงอายุปอดอักเสบที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2.1.2 การรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางไปใช้ พบว่า แนวปฏิบัติมีความง่ายและความสะดวกชัดเจน นำไปปฏิบัติได้จริง ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน ช่วยให้ความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติ ได้พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการจัดลำดับขั้นตอนที่เชื่อถือได้ มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

2.1.3 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ มากกว่าร้อยละ 83.73 โดยพบว่า ยังมีบางประเด็นไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง คือ การเฝ้าระวัง และประเมินก่อนเกิดการติดเชื้อรุนแรงจาก SOS score การทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น การล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลจัดท่านอน และการพลิกตัว การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อจากการดูแลของพยาบาลได้ การทำป้ายกำกับกิจกรรมก็อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลได้ทำกิจกรรมได้เกือบทุกกิจกรรม การโค้ชพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติฯ ทำให้อัตราการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น⁽⁵⁾ ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ควรมีการติดตาม กำกับ นิเทศงาน และสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่วางแผนไว้ และประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง



2.2 ด้านผู้ป่วย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในขณะนอนพักรักษาตัว ไม่พบเชื้อก่อโรค/ภาวะคือต่อยาจุลชีพ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อก่อโรคเพิ่มเติม ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 3-5 วันก็ตาม ซึ่งจากรายงานวิจัย พบว่า การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 2 วัน เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะคือต่อยาจุลชีพ⁽¹²⁾ ทั้งนี้ เกิดจากการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจึงช่วยลดปัญหานี้ได้ หลังใช้แนวปฏิบัติฯ พบผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง เนื่องจากพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติมีการพัฒนาด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มีเป้าหมาย และเห็นความสำคัญของการใช้แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรุ่ง อัฐรัตน์⁽¹³⁾ ที่พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการประเมินความต้องการให้ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. กระบวนการมีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ควรมีการนิเทศ กำกับ ติดตาม และเยี่ยมเสริมพลังด้วย รวมทั้งประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น
2. ควรกำหนดนโยบายให้มีการทบทวนและพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเป็นระยะ และอย่างเป็นระบบ แล้วนำมาปรับใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทุกหอผู้ป่วยทั่วทั้งโรงพยาบาล
3. มีแผนการอบรมฟื้นฟูความรู้ พร้อมทั้งฝึกทักษะที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสกลนครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการ ขอขอบคุณแพทย์หญิงลัดดารัตน์ ศรีคำ อาจารย์วิจิณา สุคนธวัฒน์ และอาจารย์บงกฏ บัณฑิตา ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และขอบคุณผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

1. Chebib N, Cuvelier C, Malézieux-Picard A. et al. Pneumonia prevention in the elderly patients: the other sides. *Aging Clin Exp Res* 2021;33: 1091–1100. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01437-7>
2. สุภัตตรา อินทร์คำน้อย. รายงานผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2563; 23: 148-159.
3. Miyashita N, & Yamauchi Y. Bacterial pneumonia in elderly Japanese populations. *Japanese clinical medicine* 2018; 9, 1179670717751433. doi.org/10.1177/1179670717751433
4. สิริพงษ์ แทนไธสง, เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, พรฤทธิ์ พิสุทธิมาน. ลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่รักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2563; 6: 35-35.
5. ศรีสุดา อัสพลังกุล และมงคล สุริเมือง. ประสิทธิภาพของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและผลลัพธ์ทางคลินิก. *Ramathibodi Nursing Journal* 2563; 26: 138-154.
6. National Health and Medical Research Council. [NMRC]. (1999). A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [Internet]. [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>
7. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *JTNMC* [Internet]. 2012 Aug 22 [cited 2023 Sep 10]; 20(2): 63. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2245>
8. ทิพวัลย์ รัตนพันธ์, ทิพมาส ชินวงศ์ และชนิษฐา นาคะ. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัย สงขลา นครินทร์). *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2564; 41: 60-73.
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ = The methodology in nursing research. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
10. สมร ประทุมไทย. ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2021; 6: 99-106.



11. กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง, เพ็ญจันทร์ วันแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2021; 36: 327-342.
12. Faverio P, Aliberti S, Bellelli G, Suigo G, Lonni S, Pesci A, & Restrepo, M I. The management of community-acquired pneumonia in the elderly. European journal of internal medicine 2014; 25: 312-319.
13. เพชรรุ่ง อัฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16: 72-82.



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริพและชิพ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

NURSING CARE OF DRIP AND SHIP THROMBOLYTIC THERAPY FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE IN EMERGENCY ROOM, SOMDEJ HOSPITAL, KALASIN PROVINCE: 2 CASE STUDY

Received: November 10, 2023

Revised: January 03, 2024

Accepted: January 07, 2024

จุฑาทิพย์ คนตรง^{1*}

Juthatip Kontrong^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริพและชิพ (Drip and ship model) ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพื่อค้นหาปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระยะเวลาเริ่มมีอาการจนได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Onset to needle time) 160 นาที และ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) 40 นาที กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย มี onset to needle time 58 นาที และ door to needle time 34 นาที

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, รูปแบบดริพและชิพ, การพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Registered Nurse (Nursing), Somdej hospital, Kalasin Province

*Corresponding author E-mail: Juthatip59@gmail.com



Abstract

This descriptive study aims to compare the nursing care of Drip and Ship Thrombolytic therapy for acute ischemic stroke (AIS) in emergency room, Somdej hospital. Two case studies were selected by purposive sampling. The instrument in this study was data from medical records and patient and caregiver interviews to find the health problem, determine nursing diagnosis, and nursing care. Analyze data to compare risk for AIS, Pathology, Signs and symptoms, Medical treatment, and Nursing diagnosis.

The study findings showed Case 1 was admission via Emergency Medical System (EMS) and activated to Stroke FAST Track, The diagnosis was AIS had Intravenous thrombolytic treatment (rt-PA) and refer to the secondary care center, onset to needle time 160 minus, and door to needle time 40 minus, Case 2 was admission via Emergency Medical System (EMS) and activated to Stroke FAST Track, Diagnosis was AIS had Intravenous thrombolytic treatment (rt-PA) and refer to the secondary care center, onset to needle time 58 minus, and door to needle time 34 minus.

Keywords: Acute ischemic stroke, Drip and Ship model, Nursing care



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่นำมาสู่การตาย และความพิการของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2019 ทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 70⁽¹⁾

เพื่อลดอัตราการตาย ความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ระยะเวลาในการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งยวด⁽²⁻⁵⁾ สถิติการได้รับการรักษาด้วยยา Recombinant tissue-Plasminogen activator (rt-PA) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันพบเพียงร้อยละ 5 ต่อปีทั่วโลก⁽⁶⁾ สอดคล้องกับอัตราการได้รับยา rt-PA ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทยปี 2565 พบว่า แม้จะมีโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยา rt-PA ได้ทั่วประเทศ 187 แห่ง แต่มีสถิติการได้รับยา rt-PA เพียงร้อยละ 5.1 เท่านั้น⁽⁷⁾

การรักษาด้วยยา rt-PA รูปแบบดริฟและชิฟ (Drip and ship model) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันหนึ่งใน Hub and spoke⁽⁸⁾ การตรวจประเมิน ส่งตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ ตรวจทางรังสีวิทยา และให้การรักษาด้วยยา rt-PA ที่โรงพยาบาลลูกข่ายแล้วจึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระยะเวลา Door to needle time ให้สั้นลง⁽⁹⁻¹¹⁾ พบรายงานผลลัพธ์ทางคลินิกว่า modified Rankin Scale (mRS 0-2) อัตราภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาลดลงเล็กน้อย และอัตราการตายไม่แตกต่างกัน^(12,13)

ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ มีสถิติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถให้การรักษาด้วยยา rt-PA แบบ Drip and ship model ตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 อย่างไรก็ตามห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ที่สามารถให้บริการ Drip and ship model ยังไม่เคยมีการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบการดูแล และหาผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA แบบ Drip and ship model ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) ของ Marjory Gordon ในการประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัญหาสุขภาพ ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ได้แก่ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลตามลำดับ⁽¹⁴⁾ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA แบบ Drip and ship model ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป



พยาธิสรีรวิทยาของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใดมีอาการหรืออาการแสดงอยู่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมงและมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดตีบตันหรือแตกทำให้เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

สาเหตุของโรคเกิดจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non modifiable risk factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นภายในบุคคลมีดังนี้ อายุ, เพศ^(15,16) และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) มีดังนี้ ความดันโลหิตสูง⁽¹⁷⁾, เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง, สูบบุหรี่, ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation : AF)⁽¹⁸⁾, โรคอ้วน, การให้ฮอร์โมนหลังหมดประจำเดือน (Post menopause hormone therapy), การไม่ออกกำลังกาย (Physical inactivity)^(17,18)

ยารักษาที่นิยมใช้เป็นมาตรฐาน คือ rt-PA โดยออกฤทธิ์ต่อการสลายของไฟบรินเฉพาะตำแหน่งที่มีลิ่มเลือดอุดตันเท่านั้น (Fibrin selective)^(6,8) จะให้ยาภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ โดยให้ยาในขนาด 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 90 มิลลิกรัม^(6,12,13)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ณ ห้องฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินด้วยระบบช่องทางด่วนที่ได้รับขาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนให้ยาเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วย ชั่งน้ำหนัก ประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) และอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) ชักประวัติ และอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, DTX, Blood sugar, electrolyte, BUN, Cr, Coagulogram และเปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้น โดยเส้นหนึ่งให้ 0.9% NSS ตามแผนการรักษาในข้างที่ไม่อ่อนแรง และ on NSS lock ในแขนอีกข้างหนึ่งเพื่อเตรียมไว้สำหรับฉีดยา rt-PA, ประเมินระดับความรุนแรงของโรคด้วยแบบประเมิน National institutes of health stroke scale (NIHSS)⁽¹⁹⁾, ประสานและส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT brain), ตรวจ EKG 12 lead, อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับข้อดี และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ก่อนเซ็นใบยินยอม ทำการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และไม่มีญาติสามารถเซ็นใบยินยอมทำการรักษาหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้, รายงานแพทย์ทันทีเมื่อได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. ระยะการให้ยา คำนวณปริมาณยาที่จะให้จากน้ำหนักตัวผู้ป่วย ห้ามให้ยา rt-PA ร่วมกับยาชนิดอื่นเข้าทาง IV line เดียวกัน อย่างไรก็ตามการคำนวณขนาดยานี้พยาบาลไม่สามารถทำได้เองจะต้องแพทย์ และเภสัชกรเป็นคำนวณยาพยาบาลมีหน้าที่ทวนสอบความถูกต้องเท่านั้น⁽²⁰⁻²²⁾



3. ระยะหลังการให้ยา จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา พักผ่อนบนเตียง 24 ชั่วโมง งดน้ำและอาหารยกเว้นยา ตามแผนการรักษา วัตถุประสงค์เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงโดยให้ SBP < 180 mmHg และ DBP < 105 mmHg โดยวัดทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที เป็นเวลา 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 16 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่แล้ว ให้ออกซิเจน Cannula 2-4 L/min keep SpO₂ > 94 % (ตามแผนการรักษา) เฝ้าระวังและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เลือดออกในระหว่าง หรือหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติจากการให้ยา เช่น เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ดกกิจกรรมดังต่อไปนี้ขณะให้ยา ได้แก่ การให้ยา Antiplatelet/Anticoagulant, การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก รวมทั้งการแทงหลอดเลือดแดงใหญ่หรือแทงหลอดเลือดแดงภายใน 24 ชั่วโมง, การใส่ Foley's catheter ในช่วงเวลาที่ให้ยาหรือภายหลังการให้ยาหมด 30 นาที, เฝ้าระวังและดูแล กรณีที่สงสัยว่า มีเลือดออกในสมอง หากพบอาการดังกล่าวควรหยุดให้ยาทันที รายงานแพทย์ทันที, เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency , เจาะเลือดตรวจ CBC, Coagulogram, เตรียมให้ FFP (Fresh frozen plasma) ประมาณ 10 cc/kg ตามแผนการรักษา, ประสานทีมผ่าตัด กรณีแพทย์พิจารณาทำผ่าตัด⁽²⁰⁻²²⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งประกอบไปด้วย 3 หลักการที่สำคัญ คือ กฎสิทธิประโยชน์ กฎของการเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ และกฎแห่งความยุติธรรม ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLSREC 107/2566 รับรองวันที่ 19 ตุลาคม 2566

กรณีศึกษา

ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลโดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลด้วยตนเองโดยขออนุญาตจากผู้ป่วย และผู้ดูแลที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบได้ดังนี้



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศหญิง (H.N. 4815018), อายุ 69 ปี, สถานภาพสมรส, การศึกษา ประถมศึกษา, สิทธิผู้สูงอายุ	เพศหญิง (H.N. 4818935), อายุ 67 ปี, สถานภาพสมรส, การศึกษา ประถมศึกษา, สิทธิผู้สูงอายุ
วันที่เข้ารับการรักษา	8 กุมภาพันธ์ 2566	25 กุมภาพันธ์ 2566
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แม่ข่าย	9 กุมภาพันธ์ 2566	28 กุมภาพันธ์ 2566
วินิจฉัยโรค	Acute cerebral infarction. (Stroke FAST track)	Acute cerebral infarction. (Stroke FAST track)
อาการสำคัญ	อ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมง 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล	แขนขาขวาอ่อนแรง มุมปากขวาตก พูดไม่ชัด 25 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ญาติให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมง 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล (เวลา 08.00 น.) ขณะเดินอยู่ผู้ป่วยบ่นเวียนศีรษะ หน้ามืด จากนั้นล้ม ศีรษะกระแทกพื้น ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ศีรษะบวมโน ญาติจึงมาโรงพยาบาล	ญาติให้ประวัติว่า 25 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล (เวลา 17.06 น.) ขณะเดินอยู่มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง มุมปากขวาตก พูดไม่ชัด ไม่มีอาการชา ล้ม แต่ศีรษะไม่กระแทกพื้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว และโรคติดต่อทางพันธุกรรม	7 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถ่ายเป็นเลือดสีดำ 1 ครั้ง ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายยางทางจมูกเพื่อล้างท้อง (NG lavages) พบเป็นเศษอาหาร แพทย์พิจารณาให้จำหน่ายกลับบ้าน ปฏิเสธโรคประจำตัว, โรคติดต่อทางพันธุกรรม ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมี	7 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยใจสั่น เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจห้องล่างเต้นก่อนกำหนด (Premature ventricular contraction: PVC) และความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาและนัดติดตามอาการทุก 4 เดือน ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมี



ตารางที่ 2 การตรวจร่างกายตามระบบ

ข้อมูล กรณีศึกษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
General appearance	Thai female, late adult hood, Looking ill, normal growth and body build, co- operative, no fever and chill. BW = 54.6 kg.	Thai female, late adult hood, Looking ill, normal growth and body build, co- operative, no fever and chill. BW = 60.7 kg.
Heart	Normal S1, S2	Heart rate irregular rate 70-110 bpm. Normal S1, S2
Neuro-signs	E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, Dysarthria, left facial palsy (UMN), Motor power Rt. 5, Lt. 4, NIHSS = 5	E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, Dysarthria, Right facial palsy (UMN), Motor power Rt. 3, Lt. 5, NIHSS = 9

ตารางที่ 3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

ข้อมูลกรณีศึกษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผล EKG	Normal sinus rhythm.	PCV rate 78 bpm.
ผล CT Brain non contrast	No evidence of intracranial hemorrhage or acute large territory cerebral infarction, however hyperacute cerebral infarction cannot be exclude.	No evidence of intracranial hemorrhage or acute large territory cerebral infarction, however hyperacute cerebral infarction cannot be exclude.
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ (Laboratory Examination)	CBC: WBC 9,450 cell/uL, Hct 33 %, Plt 289,000 cell/uL, BUN 11.2 mg/dl, Cr 0.71 mg/dl, eGFR 87.18 Electrolyte: Sodium 141.6 mmol/L, Potassium 3.68 mmol/L, Chloride 102.4 mmol/L, CO2 28.0 mmol/L PT 14.4 sec, INR 1.27, DTX=185mg%	CBC: WBC 6,910 cell/uL, Hct 33 %, Plt 284,000 cell/uL, BUN 17.5 mg/dl, Cr 0.88 mg/dl, eGFR 68.20 Electrolyte: Sodium 141.3 mmol/L, Potassium 3.42 mmol/L, Chloride 99.9 mmol/L, CO2 27.8 mmol/L PT 11.9 sec, INR 1.04, DTX=112mg%

ตารางที่ 4 การประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิด Functional Health Pattern



ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตนในขั้นตอนการรักษาขึ้นไป	ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตนในขั้นตอนการรักษาขึ้นไป
2. โภชนาการและการและการเผาผลาญอาหาร	ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพนี้	ไม่พบ ปัญหา ในแบบ แผนสุขภาพนี้
3. การขับถ่าย	ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพนี้	ไม่พบ ปัญหา ในแบบ แผนสุขภาพนี้
4. กิจกรรมประจำวัน	เมื่ออยู่บ้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆด้วยตนเอง	เมื่ออยู่บ้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆด้วยตนเอง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพนี้	ไม่พบ ปัญหา ในแบบ แผนสุขภาพนี้
6. สติ ปัญญา และการรับรู้	ไม่สามารถทรงตัวได้เนื่องจากมีแขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE, Dysarthria, left facial palsy (UMN), Motor power Rt. 5, Lt. 4, sensory intact, NIHSS = 5	ไม่สามารถทรงตัวได้เนื่องจากมีแขนขาอ่อนแรงข้างขวา E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, Dysarthria, Right facial palsy (UMN), Motor power Rt. 3, Lt. 5, sensory intact, NIHSS = 9
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพนี้	ไม่พบ ปัญหา ในแบบ แผนสุขภาพนี้
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพนี้	ไม่พบ ปัญหา ในแบบ แผนสุขภาพนี้
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพนี้	ไม่พบ ปัญหา ในแบบ แผนสุขภาพนี้
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	กังวลว่าจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆได้เหมือนเดิมหรือไม่	กังวลว่าตนจะเป็นภาระให้ลูกหลานเพราะตนมีอาการแขนขาอ่อนแรง
11. ความเชื่อ	ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพนี้	ไม่พบ ปัญหา ในแบบ แผนสุขภาพนี้

ตารางที่ 5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษา



กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองลดลง กิจกรรมการพยาบาล 1. Activated Stroke FAST track 2. เจาะเลือดและเปิดเส้นเลือดดำข้างที่ไม่อ่อนแรงเพื่อเตรียมสำหรับให้ยา 3. ประเมิน NIHSS และส่งตรวจ CT brain 4. ตรวจ EKG 12 lead และรายงานแพทย์ 5. ติดต่อประสานให้แพทย์เฉพาะทาง 6. ดูแลให้ยา rt-PA ตามแผนการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30° และสะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา 2. ติดตาม DTX ให้อยู่ในช่วง 75-180 mg% 3. ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น 4. ป้องกันความดันสูงในช่องอกและท้อง 5. สังเกตอาการที่ภาวะ ICP ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินข้อห้ามและข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA ร่วมกับแพทย์และทีมเกสัช 2. อธิบายความจำเป็นและจัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงงดทำกิจกรรม 3. อธิบายญาติเยี่ยมแต่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองลดลง กิจกรรมการพยาบาล 1. Activated Stroke FAST track 2. เจาะเลือดและเปิดเส้นเลือดดำข้างที่ไม่อ่อนแรงเพื่อเตรียมสำหรับให้ยา 3. ประเมิน NIHSS และส่งตรวจ CT brain 4. ตรวจ EKG 12 lead และรายงานแพทย์ 5. ติดต่อประสานให้แพทย์เฉพาะทาง 6. ดูแลให้ยา rt-PA ตามแผนการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30° และสะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา 2. ติดตาม DTX ให้อยู่ในช่วง 75-180 mg% 3. ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น 4. ป้องกันความดันสูงในช่องอกและท้อง 5. สังเกตอาการที่ภาวะ ICP ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินข้อห้ามและข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA ร่วมกับแพทย์ และทีมเกสัช 2. อธิบายความจำเป็นและจัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงงดทำกิจกรรม 3. อธิบายญาติเยี่ยมแต่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4



กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วิตกกังวลเนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพและให้ซักถาม 2. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจ 3. ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาโดยสังเขป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษา กิจกรรมการพยาบาล 1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามและประเมินความรู้ความเข้าใจ 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ให้และผลการรักษาที่จะเกิดขึ้น แผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง กิจกรรมการพยาบาล 1. ติดต่อประสานโรงพยาบาลแม่ข่าย 2. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยชีวิตและอุปกรณ์ที่ให้ครบถ้วน 3. ติดอุปกรณ์และติดตามอย่างต่อเนื่องได้แก่ O₂ saturation และ monitor EKG 4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องควบคุมสารน้ำ 5. จัดทำอนสิริษะสูง 30 องศาศีรษะและสะโพกไม่พับ 6. ยกไม้กั้นเปลนอนเพื่อป้องกันการพลัดตก 7. แนะนำให้ผู้ป่วยงดทำกิจกรรมขณะอยู่บนรถพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ	วิตกกังวลเนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพและให้ซักถาม 2. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจ 3. ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาโดยสังเขป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ขาดความรู้เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค กิจกรรมการพยาบาล 1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามและประเมินความรู้ความเข้าใจ 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับ ผลการรักษาที่จะเกิดขึ้น แผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง กิจกรรมการพยาบาล 1. ติดต่อประสานโรงพยาบาลแม่ข่าย 2. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยชีวิตและอุปกรณ์ที่ให้ครบถ้วน 3. ติดอุปกรณ์และติดตามอย่างต่อเนื่องได้แก่ O₂ saturation และ monitor EKG 4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องควบคุมสารน้ำ 5. จัดทำอนสิริษะสูง 30 องศาศีรษะและสะโพกไม่พับ 6. ยกไม้กั้นเปลนอนเพื่อป้องกันการพลัดตก 7. แนะนำให้ผู้ป่วยงดทำกิจกรรมขณะอยู่บนรถพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

สรุปกรณีศึกษา



กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 69 ปี ไม่มีโรคประจำตัวมาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญอ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมง 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลเข้ารับรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA มี onset to needle time 160 นาที และ door to needle time 40 นาที และส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลแม่ข่าย 1 วัน (เข้ารับการรักษาวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 จำหน่ายวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยอาการดีขึ้น จำหน่ายโดยหลักการ D-METHOD แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านและนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นเพศหญิง อายุ 67 ปีอาการสำคัญ แขนขาขวาอ่อนแรง มุมปากขวาตก พูดไม่ชัด 25 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA มี onset to needle time 58 นาที และ door to needle time 34 นาที และส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลแม่ข่าย 4 วัน (เข้ารับการรักษาวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 จำหน่ายวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566) จำหน่ายผู้ป่วยโดยหลักการ D-METHOD แพทย์พิจารณาให้กลับบ้าน และนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในระยะ 3 เดือนแรกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และติดตามอาการโดยต้องมีญาติมาด้วย และใช้อุปกรณ์ช่วยทรงตัวเป็นอุปกรณ์การเดิน 4 ขา (Walker) 3 เดือน ในเดือนที่ 4 ผู้ป่วยสามารถมาตรวจรักษาติดตามอาการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชได้ โดยใช้เพียงไม้เท้าค้ำยัน

สรุปผลการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการสำคัญมาด้วยอาการเด่นของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันทั้ง 2 ราย คือ มีแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง อยู่ในช่วงเวลา 270 นาทีหลังอาการ ซึ่งเป็นซึ่งอยู่ในช่วงระยะเวลาทอง (Golden period) พบข้อสังเกตว่า ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคกรณีศึกษาที่ 2 มีมากกว่า คือโรคประจำตัว HT และ PVC ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 1 มีเพียงอายุที่มากกว่า 60 ปี เท่านั้นที่เป็นปัจจัยการเกิดโรค ทั้ง 2 กรณีศึกษาประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยแบบประเมิน NIHSS พบทั้ง 2 ราย จัดอยู่ในกลุ่ม Mild to moderate impairment (NIHSS = 5-15) ไม่พบข้อห้ามการให้ยา rt-PA ที่คำนวณตามน้ำหนัก มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลคล้ายคลึงกัน

วิจารณ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับบริการได้ทันเวลา 270 นาทีหลังเกิดอาการ ซึ่งอยู่ในช่วงระยะเวลาทอง (Golden period) ที่สามารถให้การรักษาด้วยยา rt-PA และได้รับยาภายในเวลามาตรฐานที่กำหนดของสถาบันประสาทวิทยาที่กำหนด Door to



needle time น้อยกว่า 60 นาที⁽²¹⁾ คือ ที่เวลา 40 นาที และ 34 นาที ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแบบ Drip and ship model สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sheth et al.⁽¹¹⁾ และนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lyden⁽²⁾ รายงานว่า หลังได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และวิภาพร ตรีสุทัศน์ และการศึกษาของทัศนีย์ จินตกานนท์⁽²⁻⁴⁾ รายงานว่า การรักษาด้วยยา rt-PA ที่รวดเร็วใน Golden period สามารถลดความพิการที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยดังกรณีศึกษาที่ 1 ที่มีการฟื้นหายอย่างสมบูรณ์ (Fully recovery) และกรณีศึกษาที่ 2 ที่สามารถฟื้นหายกลับมาติดตามอาการและรักษาต่อเนื่องได้โดยใช้ไม้ค้ำยันเพียงอย่างเดียวในเดือนที่ 4 หลังการเจ็บป่วย สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันต้องให้ความสำคัญกับ “เวลา” เพื่อกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็วสามารถลดอัตราการตาย ความพิการ วันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย

โดยสรุป การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ณ ห้องฉุกเฉิน “พยาบาล” ผู้ซึ่งพบผู้ป่วยเป็นบุคคลแรก และจากผู้ป่วยเป็นคนสุดท้ายของกระบวนการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA อย่างรวดเร็วที่สุด พยาบาลจะต้องมีความรู้ในการประเมินผู้ป่วย และทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ตลอดจนการนำส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่ายสู่หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัยให้ผ่านระยะวิกฤติฉุกเฉินไปได้ เพื่อลดอัตราการตาย ความพิการจากการเจ็บป่วย และคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาแนวปฏิบัติการรายงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบ Drip and ship model จากโรงพยาบาลลูกข่ายสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย
2. ควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาแนวปฏิบัติหรือรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA แบบ Drip and ship model โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

เอกสารอ้างอิง



1. World Health Organization. World Stroke Day 2022. [Internet]. 2022 [cited 1 Sep 2023]; Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>
2. Lyden PD. Thrombolytic therapy for acute ischemic stroke a very great honor. American Heart Association 2019; 50(9): 2597-2603.
3. วิภาพร ตรีสุทรธน. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2563; 29(2): 13-25.
4. ทศนีย์ จินตกานนธ์. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562; 38(2): 31-41.
5. ทศนีย์ จินตกานนธ์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันด้วย Recombinant tissue-type plasminogen activator. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2562; 36(3): 227-235.
6. Saini V, Guada L, Yavagal DR. Global epidemiology of stroke and assess to acute ischemic stroke interventions. American academy of neurology 2021; 97(1): s6-s16.
7. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศ. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2566; 39(2): 39-46.
8. Fisher M. Developing and implementing future stroke therapies: the potential of telemedicine. Ann Neurol 2005; 58: 666-671.
9. พรภัทร ธรรมสโรช. การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2558; 14(1): 14-22.
10. พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. 2559. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
11. Sheth, K, Smith, E, Grau-Sepulveda, M, Kleindorfer, D, Fonarow, G, & Schwamm, L. Drip and ship thrombolytic therapy for acute ischemic stroke: use, temporal trends, and outcomes. Stroke. 2015; 46: 732-739.
12. Hasan, T.F., Rabinstein, A.A., Middlebrooks, E.H., Haranahall, N., Silliman, S.L., Meschia, J.F., et al. Diagnosis and Management of acute ischemic stroke. Mayo foundation for medical education and research 2018; 93(4): 523-538.



13. Regenhardt RW, Rosenthal JA, Awad A, Martinez-Gutierrez JC, Nolan NM, McIntyre JA, Whitney C, Alotaibi NM, Dmytriw AA, Vranic JE, Stapleton CJ, Patel AB, Rost NS, Schwamm LH, & Leslie-Mazwi TM. 'Drip-and-ship' intravenous thrombolysis and outcomes for large vessel occlusion thrombectomy candidates in a hub-and-spoke telestroke model. *J Neurointerv Surg* 2022; 14(7): 650-653.
14. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ :การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์อักษร จำกัด; 2555.
15. Kuriakose, D., & Xiao, Z. Pathophysiology and treatment of stroke: present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences* 2020; 21(20).
16. บุญกร สีหรัตนปทุม. การป้องกันสมองขาดเลือดเฉียบพลันสำหรับวัยทำงานที่สูบบุหรี่ในสถานประกอบการเขตเมือง. *วารสารเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์เขตเมือง* 2563; 64(6): 419-428.
17. Campbell, B.C.V., De Silva, D.A., Macleod, M.R., Coutts, S.B., Schwamm, L. H., Davis, S.M. et al. Ischemic stroke. *Nature Reviews Disease Primers* 2019; 5(1).
18. เสาวลักษณ์ ไชโย. ปัจจัยที่ทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. 2557. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
19. ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี และสินีนางู นาคศรี. ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับอาการทางระบบประสาทที่แย่ลงในระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันแบบเฉียบพลัน. *วารสารโรคหัวใจและทรวงอก* 2564; 32(2): 146-156.
20. Hasan, T.F., Rabinstein, A.A., Middlebrooks, E.H., Haranhall, N., Silliman, S.L., Meschia, J.F., et al. Diagnosis and Management of acute ischemic stroke. *Mayo foundation for medical education and research* 2018; 93(4): 523-538.
21. Schaik SM, Scott S, Lau LML, Berg-Vos RMVD, Kruyt ND. Short door to needle time in acute ischemic stroke and prospective identification of its delays factors. *Karger* 2015; 5: 75-83.
22. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.



การพัฒนารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงพยาบาลประชานิคม จังหวัดปทุมธานี

DEVELOPMENT OF THE ORAL HEALTH CARE AND SURVEILLANCE MODEL FOR THE ELDERLY IN THE SENIOR CITIZENS CLUB IN PRACHATHIPAT HOSPITAL NETWORK, PATHUM THANI PROVINCE

Received: November 04, 2023

Revised: December 27, 2023

Accepted: January 05, 2023

สุนิธิ เที่ยะวิบูลย์^{1*}

Sunithi Thearawiboon^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงพยาบาลประชานิคม จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนและแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, paired samples T-Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาโปรแกรม จัดกิจกรรมตามโปรแกรม และการประเมินผล แผนการสอน มี 5 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี, ประเมินการรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการเข้ารับบริการทันตกรรม, เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ ความรุนแรง และอุปสรรคของการดูแลทันตสุขภาพ, การลดความรู้สึกกลัว และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยพบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีการรับรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มขึ้น 57.6 คะแนน (95%CI = 1.93-2.73, p-value < 0.001) พฤติกรรมการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้น 53.3 คะแนน (95%CI = 1.81-2.49, p-value < 0.001) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้น 20.5 คะแนน (95%CI = 7.21-10.05, p-value < 0.001)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลดูแลสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตทางสุขภาพช่องปากที่ดีเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ

¹ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลประชานิคม จังหวัดปทุมธานี

Dental Department Prachathipat Hospital, Pathum Thani province

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



Abstract

This research and development aimed to study the results of developing a care and monitoring model for the oral health of the elderly in the senior citizens club at Prachathipat Hospital Network Pathum Thani Province. Sample group was 210 people between August and November 2023. Research instrument was including lesson plans and questionnaires. Using descriptive statistics, paired samples T-Test, and content analysis.

Results of the study found the developing a model for oral health care and monitoring of the elderly involves 4 steps as follows: Situation analysis Program development Organize activities according to the program and evaluation. Lesson plan including 5 activities: building good relationships, assessing perceptions of oral health care and dental services, and enhancing knowledge about risk opportunities. perceived benefits Severity and barriers to dental health care, reducing feelings of fear and exchange learning experiences. It was found that after developing the elderly was awareness and behavior of caring for and monitoring oral health at a high level increased. There was an average increase of 57.6 points (95%CI = 1.93-2.73, p-value < 0.001) Oral health care and monitoring behavior. There was an average increase of 53.3 points (95%CI = 1.81-2.49, p-value < 0.001) and oral health quality of life. There was an average increase of 20.5 points (95%CI = 7.21-10.05, p-value < 0.001)

Suggestions: Activities should be organized to promote self-efficacy in caring for oral health in the elderly club. For an increased quality of life with good oral health.

Keywords: developing model, oral health care surveillance, elderly



บทนำ

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุทั่วโลก การสูญเสียฟันทั้งปากเกิดจากการไม่ได้รับการรักษาในระยะสุดท้ายของโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ การสูญเสียฟันเกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยวอาหารและปัญหาโภชนาการ รายงานการสูญเสียฟันทั้งปากในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่า 74 ปี มีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 21.9 ประเทศนิวซีแลนด์ ร้อยละ 39.6 การศึกษาส่วนใหญ่เกิดในประเทศที่พัฒนาแล้ว และในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า มีอุบัติการณ์ของการสูญเสียฟันอย่างรุนแรงในรอบ 65 ปี⁽¹⁾ จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า ความชุกของโรคฟันผุในตัวฟันของผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 22⁽²⁾ และโรคปริทันต์ทำให้เกิดการโยกของฟัน หากมีการติดเชื้อเกิดหนองในร่องเหงือก อาจจะต้องถูกพิจารณาให้ถอนฟัน⁽³⁾ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก รายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดระบุว่า มีประชากร 12 ล้านคนที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จากประชากรทั้งหมดประมาณร้อยละ 67 โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการผลักดันกลยุทธ์ นโยบาย และนวัตกรรมเพื่อการสูงอายุแบบเชิงรุกเป็นการอำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน ว่าด้วยวัยสูงอายุเชิงรุก ทศวรรษแห่งผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดีของสหประชาชาติ พ.ศ. 2564-2573 และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน⁽⁴⁾

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศ ในผู้สูงอายุไทยมีฟันผุประมาณร้อยละ 80 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 90 และโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 20 ระดับเขตสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ และมีฟันหลังใช้งาน 4 คู่สบ จากนั้นน้อยไปหามาก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5, 6, 4, 3, 13, 12, 11, 2, 9, 10, 8, 1 และเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 27.7, 29.1, 30.1, 34.6, 36.9, 37.5, 39.7, 41.4, 42.3, 46.3, 49.2, 51.4 และ ร้อยละ 52.8 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ปัจจุบันงานทันตสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นในสังคมไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ จึงจำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของสภาวะช่องปาก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ และทันตบุคลากรในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาวะช่องปาก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีนโยบาย และตัวชี้วัดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ ร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุได้รับบริการ/นวัตกรรม ดูแลสุขภาพช่องปากที่จำเป็น, ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลความรู้กิจกรรม เพื่อการคัดกรองและดูแลช่องปากด้วยตนเอง ผ่านชมรมเครือข่ายภาคประชาชน และผลลัพธ์ตัวชี้วัด คือ ร้อยละ 73 ของผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง⁽⁶⁾

ในตำบลประชาธิปไตย มีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 11 ชมรม มีทั้งหมด จำนวน 1,100 คน กลุ่มผู้สูงอายุ 60-75 ปี ในปี พ.ศ. 2566 ที่ร่วมกิจกรรม มีทั้งหมดจำนวน 1,100 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.8 จากปี พ.ศ. 2563 (มีจำนวน 860 คน) การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมทันตสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามระบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ



ผู้สูงอายุ เป็นนโยบายของรัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ มีกิจกรรมให้ความรู้/ฝึกปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุขปีละ 1 ครั้งและมีกิจกรรมทันตสุขภาพ/หรือแหล่งเรียนรู้ด้วยตนเอง⁽⁷⁾ โดยจะได้รับการประเมินเป็นผู้สูงอายุที่มีกลุ่มที่มีสุขภาพดี ซึ่งกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี ได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี ครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลประชาธิปัตย์ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ เพื่อประเมินการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และเพื่อศึกษาสภาวะช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลประชาธิปัตย์ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์
2. เพื่อประเมินการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อศึกษาสภาวะช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลประชาธิปัตย์ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา สถานที่ศึกษา คือ ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลประชาธิปัตย์ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2566



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทย ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลประจักษ์ปัตย์ ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พึ่งพาตนเองได้ สื่อสารเข้าใจ ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุย้ายออกพื้นที่วิจัยหรือไม่ได้มาตามนัดในวันที่เก็บข้อมูล มีอาการของโรคเรื้อรังรุนแรง เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น หรือเป็นผู้สูงอายุที่กำลังรักษาโรคในช่องปากอยู่ หรือผู้ที่ไม่มีฟันในช่องปาก หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากร⁽⁸⁾

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

กำหนด N = กลุ่มผู้สูงอายุ 60-75 ปี ในปี พ.ศ. 2566 ทั้งหมดจำนวน 1,100 คน, Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$), σ^2 = ค่าความแปรปรวน การคำนวณขนาดตัวอย่างของ พิชญสุดา เชิดสกุล และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 2.34 (S.D = 0.82) ดังนั้น ค่าความแปรปรวน เท่ากับ 0.82, d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ = 0.50 แทนค่า

$$n = \frac{1,100 \times (1.96)^2 \times (0.82)}{(0.50)^2 \times (1,100 - 1) + (1.96)^2 \times (0.82)} = 188.17 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 189 คน และผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 210 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ชุดแผนการสอน ตามโปรแกรมการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง⁽¹⁰⁾ และแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹¹⁾ ให้ผู้ร่วมวิจัยทำแบบสอบถามก่อนการสอน (pretest) จัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลประจักษ์ปัตย์ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 11 ชมรมๆ ละ 1 ครั้ง มี 5 กิจกรรม โปรแกรมใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย

1) การส่งเสริมการรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี 30 นาที



2) เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการดูแลทันตสุขภาพ 60 นาที

3) กิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกล้มเหลว การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับสนับสนุนในครอบครัว และทางสังคม การส่งเสริมการรับรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดความกลัวในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม และตรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ 60 นาที

4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุด้วยกัน โดยการเล่าถึงการเข้ารับบริการทางทันตกรรม และเปิดโอกาสให้ซักถาม

5) ทำแบบสอบถามหลังการสอน (posttest) 60 นาที

2. แบบสอบถาม พัฒนาจากแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากของ สำนักทันตสาธารณสุข⁽⁵⁾ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 5 ข้อ ข้อมูลเช่น ผู้มารับบริการที่สถานบริการใกล้บ้านจำนวนมากอาจทำให้เสียเวลาในการรอรับบริการทันตกรรมนาน การรับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมของสถานบริการเอกชน มักมีราคาแพง เป็นต้น รหัสการตอบ คือ เลข 1=ใช่ 2=ไม่ใช่/ไม่รู้

ส่วนที่ 2 การรับรู้ และแรงสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รหัสการตอบระดับการรับรู้ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท⁽¹²⁾ 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของ เบสท์⁽¹³⁾ คือ 1-16 ระดับต่ำ, 17-33 ระดับปานกลาง, 34-50 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ จำนวนการแปรงฟันต่อวัน เวลาในการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การรับประทานผักผลไม้ที่มีเส้นใย และการไปพบทันตบุคลากร

รหัสการตอบมี 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 35 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-11 ระดับต่ำ, 12-23 ระดับปานกลาง, 24-35 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ ปรับมาจากการศึกษาของ สัมภาษณ์ ชาตอลงกรณ์⁽⁷⁾ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าหรือบดเคี้ยวอาหาร ปัญหาในการใช้ฟัน ปัญหาในการกลืน ความรู้สึกต่อการไปตรวจฟัน ความรู้สึกต่อการไปรับบริการรักษาสุขภาพเหงือกและฟัน ความรู้สึกต่อการใช้ฟันปลอม ระดับความรุนแรงของสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจต่อ



สุขภาพช่องปากโดยรวม การตอบคะแนนเป็นระดับความรู้สึกด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก มี 5 ระดับ คือ 1 = ไม่มีปัญหา/น้อยที่สุด ถึง 5 = มีปัญหามากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 120 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-40 ระดับต่ำ, 41-80 ระดับปานกลาง, 81-120 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และผลตรวจภาวะสุขภาพช่องปาก ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ และตรวจสอบโดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) ผลการตรวจสอบคุณภาพค่า CVI รายข้อเท่ากับ +1 ทุกข้อ หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี นำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราซ (Cronbach's alpha coefficient) ปรากฏ ดังนี้ การรับรู้ และแรงสนับสนุน เท่ากับ 0.91 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.87 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของข้อมูลจากแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การได้รับสนับสนุนในครอบครัว และการได้รับสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต และผลตรวจสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลระดับต่อเนื่อง และแจกแจงแบบปกติ โดยใช้ paired samples T-Test สำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ได้แก่ การรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การได้รับสนับสนุนในครอบครัว และการได้รับสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต และผลตรวจสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สำหรับวิเคราะห์กิจกรรมโปรแกรมการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิสัย

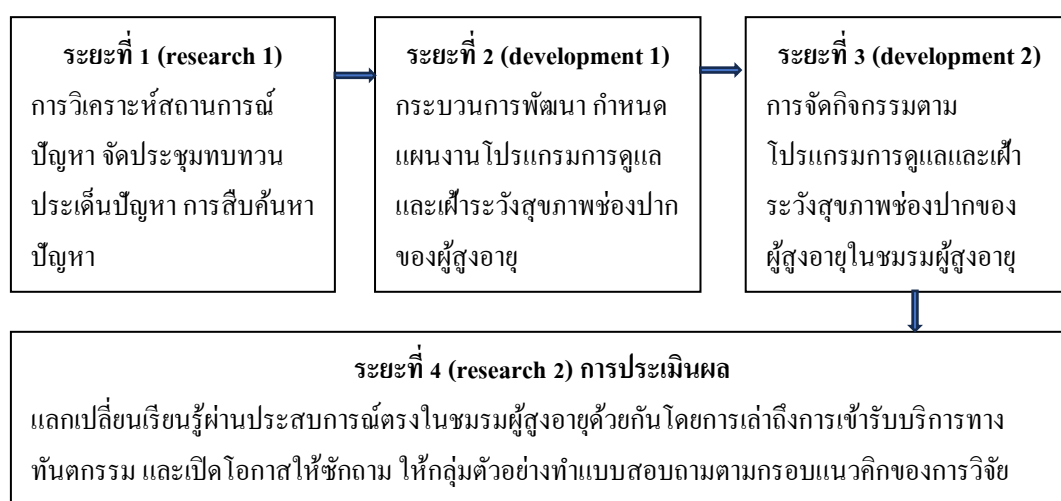
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจังหวัดปทุมธานี เลขที่รับรอง PPHO-REC 2566/22 วันที่ 20 สิงหาคม 2566



ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (research 1) ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2566 โดยจัดประชุมทบทวนประเด็นปัญหา การค้นหาปัญหาให้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ (evidence triggered phase) และการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 2) กระบวนการพัฒนาโปรแกรม (development 1) โดยจัดทำแผนและกำหนดกิจกรรมโปรแกรมการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ 3) จัดกิจกรรมตามโปรแกรม (development 2) เป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ และ 4) การประเมินผล (research 2) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ผังขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดปทุมธานี

แผนการสอนตามโปรแกรมการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีการรับรู้เพิ่มขึ้น จากการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น จากการจัดกิจกรรม การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการดูแลทันตสุขภาพ 30 นาที
3. ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้รับสนับสนุนในครอบครัวและทางสังคมเพิ่มขึ้น



การรับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมของสถานบริการเอกชน ค่อนข้างมีราคาสูง ทำให้ไม่สามารถไปรับบริการได้มีคะแนนสูงที่สุดถึงร้อยละ 88.6 รองลงมา คือ มีผู้มารับบริการที่สถานบริการใกล้บ้านจำนวนมาก อาจทำให้เสียเวลาการรอรับบริการนาน ร้อยละ 79.0 และการรับการรักษาบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลของรัฐ มีขั้นตอนมาก ยุ่งยากต่อการไปรับบริการ ร้อยละ 47.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ (n = 210)

การเข้ารับบริการทันตกรรม	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมของสถานบริการเอกชน ค่อนข้างมีราคาสูง ทำให้ไม่สามารถไปรับบริการได้	186	88.6
2. มีผู้มารับบริการที่สถานบริการใกล้บ้านจำนวนมากอาจทำให้เสียเวลาการรอรับบริการนาน	166	79.0
3. การรับการรักษาบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลของรัฐ มีขั้นตอนมาก ยุ่งยากต่อการไปรับบริการ	100	47.6

ผู้สูงอายุมิการรับรู้ และแรงสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 52.9 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 32.86 ± 7.13 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 57.6 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 35.20 ± 8.39 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.34 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.93-2.73, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้และแรงสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (n = 210)

การรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$
คะแนนเฉลี่ย	32.86±7.13	35.20±8.39
คะแนนรวม 50 คะแนน	จำนวน(%)	จำนวน(%)
1-16 ระดับต่ำ	8 (3.8)	7 (3.3)
17-33 ระดับปานกลาง	91 (43.3)	82 (39.0)
34-50 ระดับสูง	111 (52.9)	121 (57.6)
Mean difference = 2.34, 95%CI: 1.93-2.73, p-value < 0.001*		

*p-value < 0.05



ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 49.0 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 22.47 ± 5.93 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 53.3 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 24.63 ± 6.01 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.16 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.81-2.49, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (n = 210)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	ก่อน	หลัง
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$
คะแนนเฉลี่ย	22.47±5.93	24.63±6.01
รวมทุกด้าน 35 คะแนน	จำนวน(%)	จำนวน(%)
1-11 ระดับต่ำ	10 (4.8)	3 (1.4)
12-23 ระดับปานกลาง	97 (46.2)	95 (45.2)
24-35 ระดับสูง	103 (49.0)	112 (53.3)
Mean difference = 2.16, 95%CI: 1.81-2.49, p-value < 0.001*		

*p-value < 0.05

ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 49.5 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 69.07 ± 14.95 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 75.2 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 77.70 ± 20.16 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.63 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 7.21-10.05, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (n = 210)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$
เฉลี่ย	69.07±14.95	77.70±20.16
คะแนนรวม 120 คะแนน	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1-40 ระดับต่ำ	9 (4.3)	9 (4.3)
41-80 ระดับปานกลาง	97 (46.2)	158 (75.2)
81-120 ระดับสูง	104 (49.5)	43 (20.5)
Mean difference = 8.63, 95%CI: 7.21-10.05, p-value < 0.001		

* p-value < 0.05



สรุปผลการวิจัย

หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ร่วมกับการได้รับสนับสนุนทางสังคม และครอบครัวในระดับสูง จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (research 1) กระบวนการพัฒนาโปรแกรม (development 1) จัดกิจกรรมตามโปรแกรม (development 2) การประเมินผล (research 2)

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแล และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มย่อย ในชมรมผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุมีการรับรู้เพิ่มขึ้น จากการจัด กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น จากการจัด กิจกรรม การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก 3) ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้รับสนับสนุนในครอบครัว และ ทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดย บุคลากรสาธารณสุขและมีกิจกรรมทันตสุขภาพ โดยจะได้รับการประเมินเป็นผู้สูงอายุที่มีกลุ่มที่มี สุขภาพดี⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, et al⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ จำนวนฟันที่มีอยู่ของผู้ใหญ่เกาหลียุ 55-79 ปี ได้แก่ ความถี่ในการแปรงฟันต่อวัน การไปพบ ทันตบุคลากรภายใน 1 ปี การสูบบุหรี่ และโรคระบบการเผาผลาญ

ผู้สูงอายุมีการรับรู้ และแรงสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.34 คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.93-2.73, p-value < 0.001) ซึ่งมีการรับรู้มากที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัวมักอยู่เป็นเพื่อนเสมอเพื่อช่วยเหลือ ได้รับความรู้ และคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ และการสูญเสียฟันจะทำให้ท่านมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ ดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรม ทางทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการ ศึกษาของ มณฑกานต์ สีหะวงษ์⁽¹⁵⁾ ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Ahn, et al⁽¹⁶⁾ ศึกษาปัจจัยของแรงสนับสนุนทาง



สังคมต่อภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.16 คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.81-2.49, p-value < 0.001) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีที่สุดคือ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ (กรณีมีฟันในช่องปาก) และใช้เวลาในการแปรงฟันอย่างน้อยครั้งละประมาณ 2 นาที ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมทางทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขภาพศึกษา เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมพร ทรัพย์บัว⁽¹⁷⁾ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาของ รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ⁽¹⁸⁾ ศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนี้ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.63 คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ระดับความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร ระดับความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่มีผลต่อการพูด หรือออกเสียง และความรุนแรงของปัญหาในช่องปากทำให้ชีวิตไม่น่าอภิรมย์ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี เรืองงาม⁽¹⁹⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า สาเหตุหลักของปัญหาในช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คือ การสูญเสียฟันโดยเฉพาะฟันหลัง การศึกษาของ สุเทียณ แก้วมะคำ และอารีย์ แก้วมะคำ⁽²⁰⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม และการยืมหัวเราะอวดฟัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี



ขอขอบคุณ ทันตแพทย์คณยศ ศรีสัมพันธ์, ทันตแพทย์หญิงจิรรัตน์ ทะนงศักดิ์สกุล และ ทันตแพทย์พิสิฐ แสงทองศิลป์ ผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ในเชิงนโยบาย งานวิจัยชิ้นนี้ นำไปสู่การสร้างนโยบายด้านการบริหารจัดการ เนื่องจากพบว่า ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยได้เต็มเวลา เนื่องจากมีความจำเป็นทางเศรษฐกิจหรือภาระครอบครัว ทำให้ไม่ได้รับความรู้หรือฝึกทักษะอย่างเต็มที่ในชมรมผู้สูงอายุ ควรฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากและทักษะต่าง ๆ เพื่อให้สามารถนำไปถ่ายทอดแก่ผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

2. ในเชิงการปฏิบัติ ด้านบริการทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ทันตบุคลากร ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลดูแลสุขภาพช่องปาก หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เน้นข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปาก ความสำคัญ และการฝึกปฏิบัติการใช้ไหมขัดฟัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีการใช้ไหมขัดฟัน อยู่ในระดับต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document
2. Gil-Montoya JA, de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: A nonsystematic review. Clin Interv Aging 2015; 10: 461-467. doi: 10.2147/CIA.S54630
3. Chapple IL, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, Goldstein M. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium. Journal of periodontology 2018; 89: 74-84.
4. World Health Organization. Oral health. [Internet]. 2023 [Cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://www.who.int/healthtopics/oral-health/>
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2561.



6. สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและตัวชี้วัดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th/th/evidence-of-government-service>
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การดำเนินงานทันตสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document
8. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
9. พิษณุสุดา เชิดสกุล, นิรุวรรณ เทิร์นโบล, กัญเกียรติ ทศปอ. การพัฒนารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน ในเขตตำบลจิกเทิง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2565; 11(1): 63-70.
10. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. Psychological review 1977; 84(2): 191-215.
11. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
12. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
13. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
14. Lee JH, Yi SK, Kim SY, Kim JS, Kim HN, Jeong SH, Kim JB. Factors related to the number of existing teeth among korean adults aged 55–79 years. International journal of environmental research and public health 2019; 16(20): 27-39.
15. มณฑกานต์ สีหะวงษ์. การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(3): 418-31.
16. Ahn E, Lee JH, Kim SM. Impact of social support on subjective oral health status among elderly people. Journal of dental hygiene science 2020; 20(2): 67-73.
17. อุดมพร ทรัพย์บัว. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562; 38(4): 244-55.
18. รัชณี เจริญเจียงชัย, นิตยา เพ็ญศิริณา, และธีระวุธ ธรรมกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสาร มวก.วิชาการ 2564; 25(1): 25-34.



19. พัทรี เรืองงาม. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
พรานกระต่าย. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564; 18(2): 130-41.
20. สุเทียน แก้วมะคำ, อารีย์ แก้วมะคำ. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน
ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2561; 10(1): 37-47.



การประเมินผลการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

EVALUATION OF FINANCIAL CRISIS MANAGEMENT IN NAMPHONG HOSPITAL, KHON KAEN PROVINCIAL HEALTH OFFICE

Received: October 12, 2023

Revised: December 15, 2023

Accepted: January 05, 2023

ศิริธร ยอดสะอี่^{1*}

Siritorn Yodsaoi^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง ปี 2563-2565 ตามแนวคิดการประเมินแบบชีพี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) บริบท 2) ปัจจัยนำเข้า 3) กระบวนการ 4) ผลผลิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลวิกฤตการเงินการคลัง ข้อมูลประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง ข้อมูลอัตราส่วนประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและบริหารจัดการ รายงานการประชุม คณะกรรมการบริหาร กรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง กรรมการจัดเก็บรายได้

ผลการวิจัย พบว่า ด้านบริบท โรงพยาบาลขยายบริการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ในปี 2563 เกิดวิกฤตการเงินการคลัง ค่าความเสี่ยงทางการเงิน ระดับ 3 ด้านปัจจัยนำเข้า เพื่อจัดการปัญหา เช่น งบประมาณ บุคลากร การบริหารคลังพัสดุ การควบคุมค่าใช้จ่าย การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงิน ต่อเนื่อง และเทคโนโลยี ด้านกระบวนการ เช่น การบริหารรายได้ ควบคุมรายจ่ายตามแผนเงินบำรุง และแผนการเงินการคลัง พัฒนาระบบเรียกเก็บรายได้ จัดหาคณะกรรมการทบทวนสรุปวิเคราะห์ สถานการณ์การเงินการคลัง ติดตามตรวจสอบต่อเนื่อง ด้านผลผลิต ภาวะวิกฤตการเงินการคลัง ระดับ 2-4 ในปี 2563-2564 ลดลงจนไม่มีภาวะวิกฤต ตลอดปี 2565 เงินบำรุงมีสภาพคล่อง และแนวโน้มดีขึ้นทุกด้าน ผลประกอบการมีกำไรเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

การประเมินแบบชีพี สามารถใช้ประเมินการจัดการภาวะวิกฤตทางการเงิน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นโอกาสพัฒนาหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จ นำไปสู่กระบวนการจัดการภาวะวิกฤตทางการเงินอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินแบบชีพี, ภาวะวิกฤตการเงินการคลัง, สถานะการเงินการคลัง

¹ โรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Namphong Hospital , Khon Kaen Provincial Health Office

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



Abstract

This study aims to assess the financial crisis management. The notion of Hospitals, Budget Year 2020-2022, is based on four categories that are determined by ZIPP model. 1) Context 2) Input factors 3) Process 4) Products. Utilization of descriptive statistical analysis and content analysis techniques. The collected tools encompass data logs of financial crisis analysis, data of financial efficiency, data ratio of resource utilization efficiency and management evaluation. Board meeting reports encompass discussions and updates regarding several areas of organization, including the Board of Directors, Financial System Development, Warehouse and Revenue Management.

The study reveals that the hospitals context : increasing patient support is on rising in 2020, and financial crisis occurred. There input factors : such as budget, personnel, warehousen management, cost management, ongoing financial monitoring, and technology. Process : such as revenue management, maintenance plan expenditure control, PlanFin, and setting up an income accounting system. The board conducts a comprehensive evaluation of the financial crisis and inventory, with the analysis being presented. Regular monitoring of performance, financial crises scoring were 2-3 throughout year in 2020-2021 and reduced to no risk scoring through the year 2022, there was a noticeable increase in fluidity and improved patterns across all domains. Profitability had a consistent upward trend.

The ZIPP model evaluation can be utilized to analyze the effectiveness of financial crisis management, providing useful suggestions for improvement and identifying key success factors that contribute to successful crisis resolving.

Keywords: CIPP Model Assessment, Stock Finance Crisis, Stock Finance



บทนำ

ตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence) มีแผนงานสำคัญ คือ แผนงานว่าด้วยการบริหารจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพ หากโรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น คือ ผู้มารับบริการอาจได้รับบริการที่ไม่เหมาะสมตามสิทธิประโยชน์ และไม่ได้มาตรฐาน เพราะโรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน จากรายงานสถานการณ์การเงิน ปี พ.ศ. 2561 มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมากที่ประสบปัญหาด้านการเงินการคลัง ขาดสภาพคล่องทางการเงิน ประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงินค่อนข้างสูง งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เพียงพอกับต้นทุนรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล⁽¹⁾ จากปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการขับเคลื่อนประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังไว้ 7 ประเด็น คือ (1) มุ่งกระจายอำนาจให้เขตบริการสุขภาพสามารถบริหารจัดการลงลึกถึงระดับจังหวัด เน้นแก้ไขโรงพยาบาลที่มีวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (2) ลดความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาล ระดับ 4-6 (3) การบริหารหนี้สิน (FIFO) (4) การพัฒนาระบบสารสนเทศทางการเงิน และกำกับติดตามซึ่งเป็นเครื่องมือในการบริหารบนฐานข้อมูล ที่ชัดเจน การคิดค่า Unit cost, unit analysis ที่จะเป็น Full cost รวมไปถึง Labor cost (5) การพัฒนาระบบการวัดประสิทธิภาพหน่วยบริการการบริหารร่วมหน่วยบริการ (Merging) ทั้งในเชิงของการบริหารจัดการร่วมกัน (6) การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ (7) การเพิ่มศักยภาพผู้บริหารด้านการเงินการคลัง การสร้าง New generation ผู้ความยั่งยืนในอนาคต

โรงพยาบาลน้ำพองเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ขนาด 120 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ประชากร 120,000 คน บุคลากร 398 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 18 แห่ง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2564 ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินการคลังอย่างต่อเนื่องด้วยจำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มมากขึ้นทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะปีงบประมาณ 2563 มีภาวะวิกฤตทางการเงินอยู่ในระดับ 3 จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่า มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ทั้งการลงทุนขยายบริการเปิดตึกผู้ป่วยใน ห้องพิเศษ ประกอบกับการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ต้องจัดทำโรงพยาบาลสนาม และศูนย์พักคอย จัดหาเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีไข้ยา วัสดุอื่น ครุภัณฑ์ ฯลฯ เพิ่มอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน อีกทั้งการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบชัดเจน การจัดเก็บรายได้ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา การบันทึกบัญชีไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และขาดการควบคุมกำกับติดตามสถานะการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินการคลัง และทำให้เกิดปัญหาภาระหนี้สินค้างสะสมของโรงพยาบาล จากสภาพปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลได้วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้วยมาตรการต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ประสบปัญหา ตั้งแต่ช่วงระหว่างปี 2563-2565 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ CIPP Model มาใช้ในการประเมินผลการจัดการภาวะวิกฤตทาง



การเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง เป็นข้อมูลสารสนเทศที่แสดงให้เห็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของ
มาตรการจัดการภาวะวิกฤตทางการเงิน หรือการพัฒนางานด้วยวงจรคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
ประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการจัดการภาวะวิกฤตทางการเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ (1) แนวคิดเกี่ยวกับ
ระบบการเงินการคลัง (2) แนวคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงความเสี่ยงทางการเงิน และภาวะวิกฤตทาง
การเงิน (3) แนวคิดการพัฒนาระบบ (4) แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลแบบ CIPP Model

1. แนวคิดเกี่ยวกับระบบการเงินการคลัง⁽²⁾ หลักการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ ต้องบริหาร
ให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับเงิน 3 ส่วน คือ (1) เงินที่รับเข้ามาใน
ระบบ (2) เงิน ที่จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อประโยชน์ต่อการบริหารงานของรัฐ และ (3) เงินคงเหลือที่เก็บ
รักษาไว้สำหรับหมุนเวียนใช้จ่าย การบริหารการเงินการคลังในระดับส่วนราชการ ประกอบด้วย เรื่อง
สำคัญ 4 เรื่อง คือ (1) การงบประมาณ (2) การเงิน (3) การพัสดุ และ (4) การบัญชี นอกจากการบริหาร
การเงินการคลังในระดับส่วนราชการแล้ว ยังต้องปฏิบัติตามคู่มือบัญชีสำหรับหน่วยบริการ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรใช้เป็นเครื่องมือช่วยเสริมสร้าง
ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน⁽³⁾ ทั้งนี้โรงพยาบาลน้ำพอง ได้ใช้คู่มือบัญชีนี้นในการดำเนินงาน
และมีการทบทวนทำความเข้าใจกับวิธีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดเกี่ยวกับความเสี่ยง ความเสี่ยงทางการเงิน และภาวะวิกฤตทางการเงิน ความเสี่ยง คือ
โอกาสหรือความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น แล้วส่งผลกระทบต่อ หรือขัดขวาง
การบรรลุเป้าหมายขององค์กร ทั้งนี้อาจอยู่ในรูปแบบการขาดทุน ไม่สามารถดำเนินการให้สำเร็จตาม
แผนงานที่กำหนด⁽⁴⁻⁵⁾ การบริหารความเสี่ยงจะช่วยสร้างความมั่นใจต่อโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย
ซึ่งมีขั้นตอนสำคัญ คือ การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงว่า มีโอกาส และผลกระทบต่อ
องค์กรเพียงใด กำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม แต่ละองค์กรมีความเสี่ยง และมีเป้าหมาย
แตกต่างกัน ประเภทความเสี่ยงสำคัญที่เกิดในองค์กร⁽⁶⁾ มีดังนี้ (1) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์
(2) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ (3) ความเสี่ยงด้านการรายงาน ทั้งรายงานทางการเงิน และรายงาน
ทางปฏิบัติงาน (4) ความเสี่ยงด้านกฎหมายและกฎระเบียบซึ่ง อุษณา ภัทรมนตรี⁽⁷⁾ ได้สรุปว่า
ทุกองค์กรจำเป็นต้องมีการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยการระบุความเสี่ยง วิเคราะห์



ความเสี่ยงจากโอกาส และผลกระทบที่เกิดขึ้น จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยง แล้วกำหนดแนวทางจัดการความเสี่ยง โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า และการบริหารความเสี่ยงจะมีประสิทธิผลที่สุด หากออกแบบให้แทรกอยู่ในการปฏิบัติงานปกติ ที่ทุกฝ่ายนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ และการปฏิบัติ องค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน 2) การบ่งชี้เหตุการณ์ 3) การประเมินความเสี่ยงใน 2 มิติ คือ โอกาสที่จะเกิดขึ้น และผลกระทบต่อองค์กร และ 4) การตอบสนองความเสี่ยง ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และการยอมรับความเสี่ยงที่เหลืออยู่ภายในระดับที่ยอมรับได้ ความเสี่ยงทางการเงิน และภาวะวิกฤตทางการเงิน หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring)⁽³⁾ โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน ได้แก่ 1) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio: CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ซึ่งควรมีค่า >1.5 2) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio: QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ซึ่งควรมีค่า >1.0 3) อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio: Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ซึ่งควรมีค่า >0.8 4)ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital: NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน 5) (Net Income: NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำอัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการ มาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการ และจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบงาน Bigs, C. L. Birks, E. G. and Atkins, W.⁽⁸⁾ ได้เสนอแนวคิดการพัฒนาระบบงาน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (1) ขั้นการวางแผนระบบ (System Planning) การสำรวจเบื้องต้น และศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบ (2) ขั้นการศึกษาความต้องการของระบบ (System Requirements) (3) ขั้นการพัฒนาระบบ (System Development) (4) ขั้นการนำระบบไปปฏิบัติ (System Implementation)

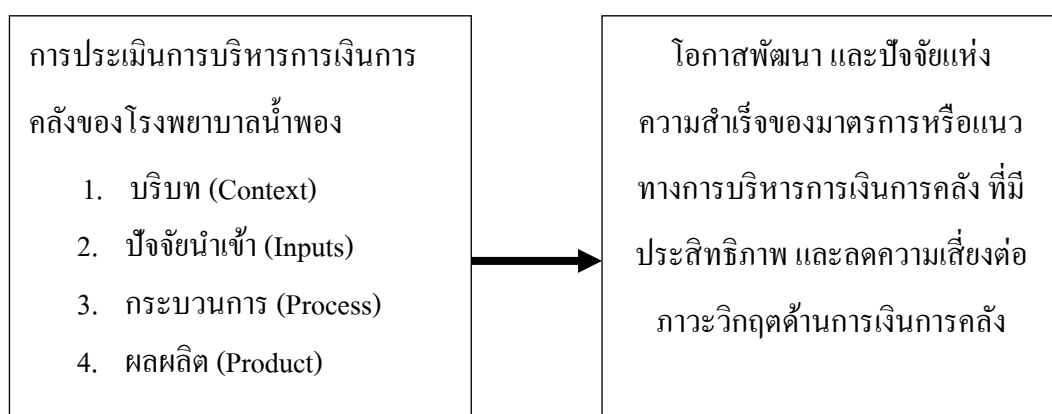
4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลแบบ CIPP Model⁽⁹⁾ การประเมินผลเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการบริหารงาน/โครงการ เป็นเครื่องมือวัดความสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน (1) การติดตามผล (Monitoring) เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (2) การประเมินผล (Evaluation) ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการติดตามผลการปฏิบัติงานเป็นการประเมินผลระหว่างการดำเนินงาน (On-going evaluation) โดยประเมินผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) หรือ เป็นการประเมินผลภายหลังการดำเนินงาน (Ex-post evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ (outcomes) และผลกระทบ (impacts)



การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เลือกรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจ (Decision-Making Model) คือ รูปแบบซีปปี้ (CIPP Model) ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยแบ่งประเด็นการประเมินผลออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท (Context Evaluation) เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญ ช่วยกำหนดวัตถุประสงค์ และความเป็นไปได้ของโครงการ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) พิจารณาความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ 3) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นข้อมูลในการพัฒนาแก้ไข ปรับปรุง เพื่อหาโอกาสพัฒนาการดำเนินโครงการ ช่วงต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการบันทึกทุกขั้นตอน ซึ่งจะยังเป็นประโยชน์ต่อการค้นหา จุดเด่น (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ มีบทบาทสำคัญในการ ให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ เพื่อตรวจสอบการดำเนินโครงการ ค้นหาข้อบกพร่องระหว่าง การดำเนินงานตามแผน และหาข้อมูลต่างๆ ที่จะนำมาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ และ เพื่อการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการดำเนินโครงการ 4) ด้านผลผลิต (Product Evaluation) เพื่อเปรียบเทียบผลผลิตกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาประเด็น ขยายผล หรือปรับเปลี่ยนโครงการรวมไปถึงการประเมินผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการประเมินตามแบบ CIPP Model มาประยุกต์ และสร้างกรอบแนวคิด การวิจัยเชิงประเมินผลครั้งนี้ ครอบคลุมทั้ง 4 ประเด็น ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยประเมินผลโดยใช้รูปแบบ CIPP มีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) ข้อมูลวิเคราะห์วิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring Plus)
- 2) ข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Total Performance Score TPS)
- 3) ข้อมูลตารางคำนวณวิกฤต 7 ระดับ
- 4) ข้อมูลอัตราส่วนวัดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและบริหารจัดการ
- 5) รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล
- 6) รายงานการประชุม คณะกรรมการ CFO
- 7) รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) สถานการณ์การเงินการคลัง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ อัตรา อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย
- 2) ระบบการจัดการภาวะวิกฤตทางการเงินการคลัง โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 047/2566 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ตามแนวทางรูปแบบ CIPP ใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การศึกษาบริบทและสถานการณ์สถานะทางการเงินโรงพยาบาลน้ำพองก่อนการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง

1.1 บริบทการดำเนินงานของโรงพยาบาลน้ำพอง

1) ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาล มีรายจ่ายสำคัญที่กระทบต่อสถานะทางการเงินการคลัง ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน สวัสดิการ ค่าตอบแทนบุคลากร จ.11 เงินเพิ่มพิเศษในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ (สูงมากกว่า 60 % ของรายจ่ายทั้งหมด) ค่าใช้จ่ายผันแปร เช่น ค่าตอบแทน การจ้างเหมา (Outsourcing) เปิดศูนย์ไตเทียม ศูนย์ CT และการบริหารค่าตอบแทนตามระยะเวลา



2) สถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้โรงพยาบาลต้องจัดอัตราค่าตั้งและค่าตอบแทน รวมถึงจัดหาเวชภัณฑ์ วัสดุอื่น และครุภัณฑ์เพิ่มเติม ปรับปรุงสถานที่รองรับผู้ป่วยโควิดที่เข้ารับรักษา

3) การขยายบริการประเภทต่างๆ ส่งผลต่อรายจ่ายเกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ เวชภัณฑ์มีใช้ยา และรายจ่ายทั่วไปในบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

4) รายจ่ายเกี่ยวกับค่าเสื่อม และซ่อมบำรุงครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างที่มีราคาแพง ค่าเสื่อมราคาในเทคโนโลยีมีพลวัตที่รวดเร็ว ค่าซ่อมบำรุงสูง

5) รายจ่ายสนับสนุน.รพ.สต.และ สสอ.น้ำพอง

1.2 สถานะการเงินการคลังโรงพยาบาลน้ำพอง ปีงบประมาณ 2563 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายการแสดงฐานะการเงิน ตามดัชนีชี้วัดทางการเงิน

รายการดัชนีชี้วัดทางการเงิน	จำนวน /มูลค่า	มาตรฐานดัชนี ชี้วัดทางการเงิน	น้ำหนักความรุนแรง Risk Score
1. CR (อัตราส่วนทุนหมุนเวียน)	1.15	<1.5	1
2. QR (อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว)	1.06	<1	0
3. Cash (อัตราส่วนเงินสดและรายการ เทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ)	0.69	<0.8	1
4. NWC (เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ)	9,476,908.63	<0	0
5. NI (รายได้(สูงต่ำ)กว่าค่าใช้จ่าย ก่อน หักค่าเสื่อม)	-3,350,466.87	<0	1
สรุปค่าคะแนนระดับวิกฤต			3

ตารางที่ 2 รายการสถานะการเงินที่สำคัญ โรงพยาบาลน้ำพอง ปีงบประมาณ 2563

รายการสถานะการเงิน	จำนวน/มูลค่า	ค่ามาตรฐาน	วิเคราะห์ผล
1. เงินบำรุงคงเหลือ(หักหนี้แล้ว) (บาท)	-19,914,581.55	> 0	ขาดทุน
2. ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้			
- สิทธิ UC (วัน)	48.56	ภายใน 60 วัน	สูงกว่าเกณฑ์
- สิทธิ CSMBs (วัน)	95.67	ภายใน 60 วัน	ต่ำกว่าเกณฑ์
- สิทธิ SSS (วัน)	525.25	ภายใน 120 วัน	สูงกว่าเกณฑ์
3. ประสิทธิภาพการชำระหนี้เฉลี่ย (วัน)	358.27	ภายใน 90 วัน	สูงกว่าเกณฑ์



จากตารางที่ 1 และ 2 แสดงถึงดัชนีทางการเงินที่สำคัญที่แสดงแนวโน้มของปัญหา ส่งผลกระทบต่อภาวะวิกฤตการเงินการคลังของโรงพยาบาล ซึ่งดัชนีทางการเงินที่เริ่มประสบปัญหา ได้แก่ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) อัตราส่วนเงินสด และรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio) ดัชนีชี้วัดทางการเงินประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 3 ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้ ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้ภาพรวม (Average payment period for Account payable) 358.27 วัน สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน

2. ปัจจัยนำเข้า (I : INPUT) ในการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลังโรงพยาบาลน้ำพอง

2.1 ปัจจัยนำเข้าสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านงบประมาณ โดยจัดหางบประมาณเพิ่มเติมจากงานบริการทุกประเภท 2) ด้านบุคลากร มีศักยภาพและเพียงพอในการเรียกเก็บ สรุปเวชระเบียน และเช็คสิทธิผู้รับบริการ ตลอด 24 ชม. 3) การบริหารคลังพัสดุที่มีประสิทธิภาพ 4) การควบคุมค่าใช้จ่าย 5) การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงิน 6) การควบคุมกำกับติดตาม 7) โปรแกรมเรียกเก็บที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ปัญหาในการจัดการภาวะวิกฤตระบบการเงินการคลังโรงพยาบาลน้ำพอง

จากการทบทวนข้อมูล พบประเด็นปัญหาสำคัญดังนี้ 1) การบริหารจัดการรายได้ไม่ครบถ้วน 2) ข้อมูลและการบันทึกบัญชีไม่ถูกต้องครบถ้วน 3) การควบคุมกำกับติดตาม เฝ้าระวังการเงินการคลัง ไม่ต่อเนื่อง 4) บุคลากรจัดเก็บรายได้ขาดประสิทธิภาพการบริหารจัดการหลักฐานเรียกเก็บ และการติดตาม 5) โปรแกรมให้บริการไม่มีประสิทธิภาพ 6) รายจ่ายมากกว่ารายรับและต้นทุนค่าแรงที่สูงกว่า 60% และ 7) มีต้นทุนเพิ่มในการขยายบริการ

3. กระบวนการ (C : process) ในการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลังโรงพยาบาลน้ำพอง

โรงพยาบาลกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหที่สำคัญ ดังนี้

1) การบริหารรายได้ ทบทวนขั้นตอนให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทสิทธิเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพจัดเก็บรายได้ที่ครบถ้วน มอบหมายงานให้ชัดเจนในแต่ละสิทธิแต่ละผู้รับผิดชอบและควบคุมกำกับติดตาม ศึกษาดูงานการจัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน เปิดบริการพิเศษ เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้สิทธิต่างๆ พัฒนาโปรแกรมเรียกเก็บเชื่อมโยงข้อมูลกลุ่มผู้รับบริการสิทธิต่างๆ อย่างครบถ้วน ทันเวลา

2) ควบคุมรายจ่าย บริหารรายได้ รายจ่ายด้วย planfin ควบคุมต้นทุนค่าแรง ค่าสาธารณูปโภค ปรับปรุงอาคารสถานที่กรณีเร่งด่วน และอนุมัติตามแผน ควบคุมการเบิกจ่าย ลดแผนวัสดุสิ้นเปลือง

3) บริหารจัดการ บุคลากรมีส่วนร่วมในการเพิ่มรายรับและลดรายจ่ายอย่างเป็นรูปธรรม มีคณะกรรมการควบคุม กำกับ ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ คณะกรรมการจัดเก็บรายได้รับผิดชอบทุกจุดบริการ นำเสนอสถานการณ์การเงินการคลัง รายได้ ค่าใช้จ่าย ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับรับทราบผลประกอบการอย่างสม่ำเสมอ จัดทำขั้นตอนให้บริการ และตรวจสอบ



สิทธิผู้ป่วยทุกประเภท ทบทวนการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกจ่าย ทบทวนการติดตามเวชระเบียน และสรุปประวัติการรักษาให้ทันเวลา พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดทำบัญชี จัดการข้อมูลลูกหนี้ ข้อมูลคงคลัง คณะกรรมการบริหารเพื่อระงับสถานการณ์การเงินการคลัง ติดตามดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงิน 7 ระดับ ต่อเนื่องทุกเดือน

4. ผลการจัดการภาวะวิกฤตระบบการเงินการคลังโรงพยาบาลน้ำพอง (P : Product)

การจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง ในปี 2564-2565 ด้านบุคลากร มีคณะกรรมการคณะทำงานจัดเก็บรายได้ ควบคุมรายจ่าย และมีผู้รับผิดชอบขั้นตอนแนวทางในการเรียกเก็บที่เป็นรูปธรรม ด้านกระบวนการ การบันทึกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น มีการตรวจสอบติดตามการเบิกเงินจากกองทุนต่างๆ มีการควบคุม กำกับ ติดตามผลการจัดเก็บรายได้ และควบคุมรายจ่ายอย่างต่อเนื่อง ด้านผลลัพธ์การเงินการคลัง เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ ผลประกอบการมีกำไรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ด้านสภาพคล่องทางสินทรัพย์ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นทุกด้าน ตัวชี้วัดทางการเงินที่แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์เริ่มดีขึ้น แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง ปี 2563-2565

รายการ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. CR (อัตราส่วนทุนหมุนเวียน) > 1.5	1.15	1.31	2.41
2. QR (อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว) > 1.0	1.06	1.17	2.31
3. Cash (อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ)> 0.8	0.69	0.78	0.84
4. NWC (เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ)	9,476,908.63	21,058,990.77	98,907,832.54
5. NI (รายได้(สูง/ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายก่อนหักค่าเสื่อม)	-3,350,466.87	2,278,460.96	267,625,899.84
ระดับวิกฤต	3	2	0
6. เงินบำรุงคงเหลือ	44,002,649.82	53,205,008.70	58,813,132.08
7. เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	- 19,914,581.55	- 14,708,179.17	-11,117,836.17
8. ประสิทธิภาพการเรียกเก็บลูกหนี้			
- สิทธิ CSMBS (วัน) < 60 วัน	95.67	56.59	122.84
- สิทธิ SSS (วัน) < 120 วัน	525.25	240.84	136.58



รายการ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
9. ความสามารถในการทำกำไร			
- อัตรากำไรขั้นต้น (%)	2.82	3.64	23.72
- อัตรากำไรจากการดำเนินงาน (%)	-3.78	-2.48	10.94
- อัตรากำไรสุทธิ (%)	4.52	6.36	47.65
- อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (%)	-1.79	1.14	56.1
- อัตราผลตอบแทนต่อทุน (%)	2.73	5	77.63

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาระบบการจัดการภาวะวิกฤตทางการเงินการคลัง และประเมินผลการจัดการภาวะวิกฤตทางการเงินการคลังโรงพยาบาลน้ำพอง ในปีงบประมาณ 2563-2565 ด้วยการประเมิน CIPP Model พบว่า 1. บริบท โรงพยาบาลน้ำพอง เป็นโรงพยาบาล ระดับ M2 ขนาด 120 เตียง จำนวนผู้มารับบริการ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลต้องขยายบริการหลายแผนก ส่งผลต่อการลงทุนค่าแรง วัสดุต่างๆ ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ทำให้ประสบปัญหาวิกฤตการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา และในปี 2563 เกิดภาวะวิกฤตการเงินการคลัง มีค่าความเสี่ยงทางการเงิน ระดับ 3 จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า 1) รายได้น้อยกว่ารายจ่าย 2) การบริหารจัดการมีระบบเฝ้าระวังภาวะวิกฤตทางการเงินการคลัง แต่ไม่ชัดเจน 3) ด้านข้อมูล บันทึกไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และ 4) ขาดการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาการเรียกเก็บในระบบ และการควบคุมกำกับติดตามการจัดเก็บรายได้อย่างต่อเนื่อง 2. ปัจจัยนำเข้า ในการจัดการ ได้แก่ 1) ด้านงบประมาณ โดยการเพิ่มรายได้จากกิจกรรมต่างๆ 2) ด้านบุคลากร เพิ่มและพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) ด้านการบริหารคลังพัสดุที่มีประสิทธิภาพ 4) ด้านการควบคุมค่าใช้จ่าย 5) ด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินต่อเนื่อง 6) ด้านการพัฒนาเทคโนโลยี 3. กระบวนการ ได้แก่ 1) การบริหารรายได้ จัดหางบประมาณเพิ่มเติม 2) การควบคุมรายจ่าย 3) การบริหารจัดการระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผนเงินบำรุง และแผนการเงินการคลัง (Planfin) พัฒนาระบบการเรียกเก็บรายได้ การใช้ระบบควบคุม และตรวจสอบภายในบริหารจัดการ, การประชุมและแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ เพื่อทบทวน สรุปและวิเคราะห์รายได้รายจ่าย สถานการณ์การเงินการคลัง ติดตามตรวจสอบทุกเดือน ลดระยะเวลาเรียกเก็บลูกหนี้ และการชำระเจ้าหนี้ เป็นต้น 4. ผลผลิต ผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมแก้ไขปัญหาคือ พบว่า ภาวะวิกฤตทางการเงิน ลดระดับความรุนแรงจากระดับ 2-4 ในปีงบประมาณ 2563-2564 และไม่มีภาวะวิกฤต ตลอดปีงบประมาณ 2565 สถานะเงินบำรุงสภาพคล่องทางสินทรัพย์ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นทุกด้าน ผลประกอบการมีกำไรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการใช้แนวคิดประเมินแบบชีฟฟ์ (CIPP model) เพื่อประเมินการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินการคลัง ทำให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่แสดงให้เห็นโอกาสพัฒนาหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จของมาตรการจัดการภาวะวิกฤตทางการเงิน ที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถตัดสินใจดำเนินการในประเด็นสำคัญต่างๆ ได้แก่ 1) การวางแผน โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินบริบท กำหนดวัตถุประสงค์กิจกรรมให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน 2) การกำหนดโครงสร้าง โดยประเมินปัจจัยนำเข้าเพื่อกำหนดแผนงาน กิจกรรมและขั้นตอนดำเนินกิจกรรมต่างๆ 3) การนำแผนงานกิจกรรมไปปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินกระบวนการ ควบคุมให้ดำเนินการตามแผน และปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด 4) ทบทวนแผนงานกิจกรรมด้วยข้อมูลผลผลิตที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับอัสวีศรี ลาปือและคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกทุพภิกขภัยไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ด้วยรูปแบบ CIPP Model กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา และจังหวัดสตูล ซึ่งสอดคล้องกับ ปริญดา ทนคำ และจินตนา จันทร์ดี⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่องการประเมิน และข้อเสนอแนะการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลที่เคยประสบภาวะวิกฤตทางการเงินรุนแรง ระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับการประเมิน CIPP Model ว่าเป็นรูปแบบการประเมินที่มีความสมเหตุสมผลต่อการดำเนินโครงการเชิงนโยบายด้านสุขภาพระดับพื้นที่ เนื่องจากมีการพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการครอบคลุมทุกมิติ อีกทั้งผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือต่อการอนุมานได้ว่า เป็นโครงการที่สามารถสะท้อนผลบริหารจัดการเชิงประสิทธิภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) รูปแบบการประเมิน CIPP Model สามารถใช้ควบคู่ไปกับการพัฒนางานแบบวงจรคุณภาพของ Deming Cycle P-D-C-A⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 1) การวางแผน โดยศึกษาวิเคราะห์บริบท วางแผน วัตถุประสงค์ ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ 2) ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด โดยกำหนดโครงสร้างคณะทำงานรองรับทั้งในส่วนผู้รับผิดชอบ ผู้ตรวจสอบ และประเมินผล ภายใต้ความมีส่วนร่วม 3) ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน หรือประเมินผล อาจประเมินทั้งประเมินผลลัพธ์ และกระบวนการ 4) ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อเนื่อง หรือพัฒนาระบบที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น วิธีการที่สามารถนำมาใช้ได้ ได้แก่ การถอดบทเรียนวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ที่พบ และปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยกำหนดกลยุทธ์ในการจัดทำแผน และผู้รับผิดชอบดำเนินงานครั้งต่อไป นอกจากนี้ ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประเมิน จุดเด่น จุดด้อย โอกาสพัฒนา เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการระบบการเงินการคลัง

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป งานวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาทบทวนเอกสารรายงานด้านการเงิน และรายงานการประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งยังไม่ได้เก็บรวบรวม



ข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติ จึงเป็นการสรุปผลที่เกิดจากมุมมองผู้วิจัยเท่านั้น เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ หรือมีการพัฒนาต่อไป ควรขยายขอบเขตการวิจัย และศึกษาการรับรู้ หรือความคิดเห็นต่อการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง หรือพัฒนาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัยและพัฒนา สามารถขยายผลสู่หน่วยงานอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล บุคลากรฝ่ายบริหารงานทั่วไป เจ้าหน้าที่ บุคลากรทุกแผนกที่มีส่วนให้การอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ และให้ความร่วมมือในการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลังของโรงพยาบาล จนสถานการณ์ดีขึ้นตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. พัทธกมล บุญยมาติก, ธิดา จิตมณีวัต. แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564; 15: 477-489.
2. กิจฐเขต ไกรวาส และคณะ. ธรรมชาติในการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560.
3. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบัญชีหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2022/06/web-eb2-eb2-10-.pdf>
4. จันทนา สาขากร, นิพันธ์ เห็นโชคชัยชนะ และศิลปพร ศรีจันทเพชร. การควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ทีพีเอ็น เพรส; 2551.
5. เจริญ เกษฏาวัลย์. การบริหารความเสี่ยง. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: บริษัท พอดี จำกัด; 2550.
6. นิรภัย จันทรสวัสดิ์. การบริหารความเสี่ยง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุทรไพศาล; 2551.
7. อุษณา ภัทรมนตรี. การตรวจสอบภายในสมัยใหม่ = Modern internal auditing / พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาบัญชี คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2552.
8. Bigs, C. L. Birks, E. G. and Atkins, W. Managing the systems development process. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall; 1980.



9. ภูมิศักดิ์ ราสี. แบบจำลองการประเมินผลโครงการกรณี แบบจำลอง CIPP Model. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://suwanlaong.wordpress.com/2013/05/24/แบบจำลอง-cipp-model/>.
10. อัสวีศรี ลาป้อ และคณะ. การประเมินโครงการ “3ล้าน3 ปีเด็กบุรีทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ด้วยรูปแบบ CIPP Model กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา จังหวัดสตูล. วารสารปาริชาติ 2562; 31: 89-102.
11. ปริญดา ทนคำ, จินตนา จันทรดี. การประเมินและข้อเสนอแนะการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลที่เคยประสบภาวะวิกฤตทางการเงินรุนแรง ระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nno.moph.go.th/nanhealth/index.php/news/int-news/item/download/5692_ceb071cbb1d2a0cbf95650f720813365.
12. สุทธิพงษ์ ภาคทอง. ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยใช้กระบวนการกลุ่มในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13: 178-185.



การประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565)

EVALUATION OF STRATEGIC HEALTH PLANNING KHON KAEN PROVINCE FOR A PERIOD OF 5 YEARS, 2018-2022

Received: August 31, 2023

Revised: November 07, 2023

Accepted: January 07, 2024

วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี^{1*}

Varinthip Srikongphlee^{1*}

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) โดยใช้ CIPP Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลด้านสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับ จังหวัด อำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 203 คน และประเมินผล การดำเนินงานยุทธศาสตร์สุขภาพ จำนวน 31 ตัวชี้วัด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านบริบท ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.63) รองลงมา คือ ด้านกระบวนการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.65) ด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.99, S.D. = 0.65) โดยด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตาม บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ทางวิชาการที่ สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ และสนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์

ผลการประเมินตัวชี้วัด จำนวน 31 ตัวชี้วัด บรรลุผล จำนวน 20 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 68.97 ไม่บรรลุผล จำนวน 9 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 31.03 ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายสูงสุด จำนวน 2 ตัวชี้วัด คือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่บรรลุตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ (1) พัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน การกำกับติดตามและประเมินผลให้มี ประสิทธิภาพ (2) ควรมีการปรับยุทธศาสตร์สุขภาพให้สอดคล้องกับภารกิจปัจจุบัน เพื่อรองรับ การถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

คำสำคัญ: การประเมินผล , แบบจำลอง CIPP, แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Khon Kaen Provincial Health Office

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



Abstract

The purpose of this research was to evaluate the Khon Kaen Provincial Health Strategic Plan for 5 years (2018-2022) using the CIPP Model as a research framework. The sample consisted of 203 people, including the Khon Kaen Provincial Health Planning and Evaluation Committee, provincial, district, and sub-district health promotion hospital indicator managers. The researchers evaluated the performance of 31 health strategic plan indicators. Data were collected using questionnaires and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the average score for the context was the highest ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.63), followed by the process ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.65), and the input ($\bar{X}$ = 3.99, S.D. = 0.65). The input factor found that there was insufficient staff for the work, budget support for the implementation was inadequate, and staff received academic knowledge development that was consistent with the action plan and supported the strategic issues.

The results of the evaluation of 31 indicators showed that 20 indicators (68.97%) were achieved and 9 indicators (31.03%) were not achieved. Two of corporate indicators, namely the average life expectancy at birth and the average life expectancy of good health, were not achieved.

Recommendations: 1) Develop an effective system to support operations, supervision, monitoring, and evaluation. 2) Adjust the health strategic plan to be consistent with current missions to support the transfer of primary health care missions to provincial administrative organizations.

Keywords: Evaluation, CIPP Model, Health Strategic Planning



บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)⁽¹⁾ ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในการดำเนินงานได้กำหนดแผนเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย เมื่อสิ้นแผนในปี 2579 โดยมีเป้าหมาย คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศใน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) เป็นระยะแรก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้จัดทำแผนที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอีก 20 ปีข้างหน้า ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสิ่งแวดล้อม ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)⁽²⁾ และมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัด พ.ศ. 2563-2565 เป้าหมายเพื่อพัฒนาหน่วยงานด้านบริหาร วิชาการ และบริการให้มีคุณภาพ ตามวิสัยทัศน์ “เมืองแห่งสุข ภาวะเข้มแข็ง ศูนย์กลางความเป็นเลิศทางการแพทย์ระดับประเทศ ประชาชนสุขภาพดีด้วยตนเอง”⁽³⁾ โดยได้มีการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จนถึงสิ้นสุดแผนในระยะ 5 ปี

การประเมินผล เป็นกระบวนการสำคัญที่บ่งชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของการดำเนินโครงการนั้นว่าเป็นไปตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีความคลาดเคลื่อนจากแผนที่วางไว้ เพื่อนำผลจากการประเมินมาพิจารณาในการปรับปรุงแผน หรือแก้ไขตามประเด็นปัญหา หรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบซึ่งมีหลายปัจจัย การบรรลุเป้าหมายความสำเร็จของโครงการต้องพิจารณาทั้งด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบร่วมด้วย โดยใช้แบบจำลอง CIPP⁽⁴⁾ วิธีประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ (Context-Input-Process-Product) ได้นำแนวคิดเชิงระบบมาใช้ในการตัดสินใจ 4 ประเภทซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการประเมินและการตัดสินใจแต่ละประเภท ดังนี้ 1) การประเมินบริบท (Context Evaluation) เพื่อการตัดสินใจในการวางแผน (Planning Decisions) เกี่ยวกับการเลือกเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายโครงการ 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)



เพื่อการตัดสินใจในการกำหนดโครงสร้าง (Structuring Decisions) เกี่ยวกับการกำหนดยุทธวิธีหรือวางแผนงานหรือการดำเนินงาน 3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เพื่อการตัดสินใจในการนำไปปฏิบัติ (Implementing Decisions) เกี่ยวกับการเปลี่ยนยุทธวิธีหรือการดำเนินงานให้เหมาะสม 4) การประเมินผลลัพธ์ (Product Evaluation) เพื่อการตัดสินใจในการทบทวน (Recycling Decisions) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหรือคงหรือขยายหรือยุบหรือเลิกโครงการ^(5,6)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ทั้งในระดับกระทรวง และจังหวัด กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ ประเมินยุทธศาสตร์โดยใช้รูปแบบ CIPP Model ทำการศึกษา 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า พบว่า ปัจจัยนำเข้า ด้านบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการมีศักยภาพด้านเทคโนโลยี เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถในการจัดทำแผนระดับมาก ด้านงบประมาณ มีการสนับสนุนงบประมาณ ในระดับปานกลาง และมีการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณในระดับมาก ตัวชี้วัดสำคัญที่ประเมิน 59 ตัว บรรลุ 24 ตัวชี้วัด ร้อยละ 40.7 ไม่บรรลุตัวชี้วัด จำนวน 35 ตัวชี้วัด ร้อยละ 59.30 คือ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและภัยสุขภาพเป็นเลิศ และระบบบริการเป็นเลิศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ปี 2562 พบว่า แผนมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ด้านปัจจัยนำเข้า มีงบประมาณเพียงพอ มีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ มีการติดตามประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 73.33 และไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 26.67 ปัญหาและอุปสรรค สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ เพื่อการดำเนินงาน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ⁽⁷⁾

ดังนั้น จึงได้มีการประเมินผลความสำเร็จด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด ที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) เพื่อสะท้อนถึงปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดำเนินงานแผนงาน โครงการ กิจกรรม และหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาและจัดทำแผนในระยะถัดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

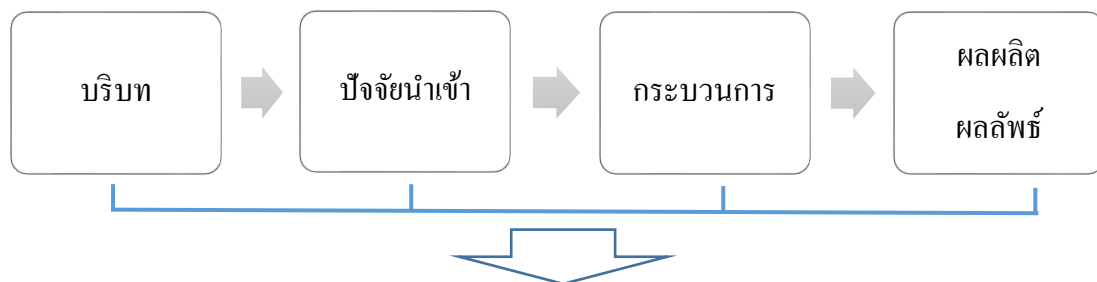
1. เพื่อประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์



2. เพื่อจัดทำข้อเสนอในการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ประเมินผลโดยใช้รูปแบบ CIPP Model ศึกษา 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การประเมินด้านบริบท 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า 3) การประเมินด้านกระบวนการดำเนินงาน และ 4) การประเมินด้านผลผลิต ผลลัพธ์



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินผลความสำเร็จด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) และจัดทำข้อเสนอในการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามผ่าน Google form

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) นำมาวิเคราะห์และสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับจังหวัด อำเภอ เพื่อสาเหตุปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ และมาตรการแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เป็นผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 20 คน



ผู้รับผิดชอบงาน/ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด จำนวน 53 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน 26 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 26 คน หัวหน้ากลุ่มงานหรือ
ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาล 26 คน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 26 คน
ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 248 คน รวมทั้งสิ้น 425 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้สูตรการคำนวณกรณีทราบประชากร เพื่อประมาณค่าเฉลี่ย⁽⁹⁾

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

$$n = 425 (1.96)^2 (0.50)^2$$

$(0.05)^2 (425-1) + (1.96)^2 (0.50)^2 = 202.02$ เมื่อ $n =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $N =$ ประชากรที่ศึกษา
 $Z \alpha / 2 =$ ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% $= 1.96$ $e =$ ค่าความคลาดเคลื่อนของ
ค่าเฉลี่ยที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ $= 0.05$ $\sigma =$ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอ้างอิงจากการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยใช้
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการทดลองใช้แบบสอบถาม $= 0.50$ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 203 คน
โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
จำนวน 20 คน ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ระดับจังหวัด จำนวน 54 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 26 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 26 คน
ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงานของโรงพยาบาล จำนวน 26 คน ผู้แทนผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ อำเภอละ 2 คน จำนวน 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ในการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์
สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ในรูปแบบ Google form ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม
ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า บริบท ปัจจัยนำเข้า การนำไปสู่การปฏิบัติ รวบรวมข้อมูล
ผลผลิต ใช้แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดในการประเมินผล โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีประสบการณ์ทำงาน
มากกว่า 1 ปี ไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ หรือลาคลอดบุตร

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้บริหารและ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง
ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ผลการประเมินเครื่องมือประเมินแบบสอบถาม (Questionnaire) รวมเท่ากับ 1.0 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน คำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงแบบสอบถามโดยรวม ได้เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ความครบถ้วนของแบบสอบถาม จาก Google Form
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลผลระดับความคิดเห็นตามลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 = มากที่สุด 3.21-4.20 = มาก 2.61-3.20 = ปานกลาง 1.81-2.60 = น้อย 1.00-1.80 = น้อยที่สุด⁽¹⁰⁾
3. ข้อมูลคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมู่ประเด็นจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นและนำเสนอในเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 036/2566 เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยและสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมิน ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.82 เป็นเพศชายร้อยละ 27.18 อายุ 50-60 มากที่สุด ร้อยละ 73.30 รองลงมา คือ 40-49 ปี ร้อยละ 19.90 การศึกษาส่วนใหญ่จบสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73.79 ปริญญาตรี ร้อยละ 25.24 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 77.67 รองลงมา คือ 16-20 ปี ร้อยละ 15.53 ช่องทางในการรับรู้นโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จากการประชุมถ่ายทอดนโยบายมากที่สุด ร้อยละ 90.29 ด้านบริบท พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.64)



1.2 ประเมินผลด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลการประเมิน พบว่า แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ มีความสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล ($\bar{X} = 4.54$, S.D.= 0.54) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ มีความครอบคลุมยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.63$, S.D.= 0.55) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด มีการวิเคราะห์ ข้อมูลประกอบ เพื่อกำหนดตัวชี้วัดและเป้าประสงค์ที่ตอบสนองพันธกิจ ($\bar{X} = 4.45$, S.D.= 0.54) กระบวนการ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีแนวทางส่งเสริม และกระตุ้นให้เกิดการสร้างนวัตกรรม ($\bar{X} = 4.41$, S.D.= 0.66) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด มีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด มาตรการและตัวชี้วัด ที่สามารถนำไป ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ($\bar{X} = 4.16$, S.D.= 0.68) ด้านปัจจัยนำเข้า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.99$, S.D.= 0.65) ผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการจัดทำแผน ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.09$, S.D.= 0.69) ด้านกระบวนการ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, S.D.= 0.65) หน่วยงานมีการกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผน รายไตรมาส ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.24$, S.D.= 0.67) นอกนั้นอยู่ในระดับมาก ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, S.D.= 0.58) โดยด้านปัจจัยนำเข้าพบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 ลำดับ ได้แก่ มีบุคลากรไม่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติงาน การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตามภารกิจ บุคลากรได้รับการพัฒนา ความรู้ทางวิชาการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการและสนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ

ความคิดเห็น	ผลการประเมิน		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1.ด้านบริบท	4.25	0.63	มากที่สุด
2.ด้านปัจจัยนำเข้า (บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี)	3.99	0.65	มาก
3.ด้านกระบวนการ	4.12	0.65	มาก
ผลรวมการประเมินทั้ง 3 ด้าน	4.10	0.73	มาก

จังหวัดขอนแก่น มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความสำคัญและส่งผลถึงพันธกิจ (Mission) ให้สัมฤทธิ์ผลตามวิสัยทัศน์ (Vision) และเป้าประสงค์ขององค์กร (Corporate Goal) ภายใต้แผน ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561–2565) ประกอบด้วย 4 ประเด็น ยุทธศาสตร์ 13 เป้าประสงค์ 45 ตัวชี้วัด โดยคัดเลือกตัวชี้วัดในการประเมินผล จำนวน 29 ตัวชี้วัด และ ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายสูงสุดจำนวน 2 ตัวชี้วัด รวม 31 ตัวชี้วัด



ผลการประเมิน พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อม ให้มีประสิทธิภาพ มีตัวชี้วัดจำนวน 11 ตัวชี้วัด บรรลุผล จำนวน 6 ตัวชี้วัด ร้อยละ 54.55 ไม่บรรลุผล จำนวน 5 ตัวชี้วัด ร้อยละ 45.45 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐานลดความแออัด และจัดระบบบริการในเครือข่าย แบบไร้รอยต่อ มีตัวชี้วัดจำนวน 10 ตัวชี้วัด บรรลุผล จำนวน 6 ตัวชี้วัด ร้อยละ 60 ไม่บรรลุผล จำนวน 4 ตัวชี้วัด ร้อยละ 40 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงาน และสร้างความเข้มแข็งในภาคประชาสังคม มีตัวชี้วัดจำนวน 1 ตัวชี้วัด บรรลุผล จำนวน 1 ตัวชี้วัด ร้อยละ 100 ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการจัดการทางการเงินระบบสารสนเทศและยุทธศาสตร์การวิจัย และนวัตกรรมขององค์กรเพื่อสนับสนุนการให้บริการ มีตัวชี้วัดจำนวน 11 ตัวชี้วัด บรรลุผล จำนวน 7 ตัวชี้วัด ร้อยละ 100 ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายสูงสุด จำนวน 2 ตัวชี้วัด คือ ประชาชนจังหวัดขอนแก่นมี อายุคาดเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 80 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2565 = 79.99 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2565 = 68.73 ปี ไม่บรรลุตามเป้าหมาย

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดที่สอดคล้องกับตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด ทั้งหมด	ตัวชี้วัดที่ คัดเลือก	บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ)	ไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ)
4 Excellence				
1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	16	11	6 (54.55)	5 (45.45)
2. ด้านบริการเป็นเลิศ	18	10	6 (60)	4 (40)
3. บุคลากรเป็นเลิศ	3	1	1 (100)	0
4. ด้านบริหารเป็นเลิศ	9	7	7 (100)	0
รวม	45	29	20 (68.97)	9 (31.03)

2. ข้อเสนอในการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)

2.1 ข้อเสนอแนะเพื่อจัดทำแผนระยะถัดไป ควรมีการนำผลการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาอุปสรรคเชิงลึกตัวชี้วัดที่ผ่าน มาตรการและแนวทางการแก้ไข รวมทั้งการบูรณาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำหนดเป็นวาระจังหวัดเพื่อการกำกับติดตามร่วมกัน



2.2 ข้อเสนอแนะ เพื่อการบรรลุตัวชี้วัด ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการดูแลมารดาและทารก ต้องพัฒนาระบบการติดตาม ค้นหามารดาตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติ ตั้งครรภ์เสี่ยงเชิงรุก โดยใช้แบบประเมิน Early Warning Sign ติดตามเพื่อส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง พัฒนาระบบ Fast tract ทางสูติกรรม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ผลักดันการใช้ยาในกลุ่ม Progesterone ให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ โดยสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ ให้การเข้าถึงการคัดกรองได้เร็วขึ้น ส่งเสริมการตรวจด้วยตนเอง (HPV Self Examination) การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เพิ่มเป้าหมายในการคัดกรอง เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง โดยการนำผลการวิจัยจากราชวิทยาลัยมาปรับใช้ การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค การเสียชีวิต คือยาคัดกรองล่าช้า ลดอัตราการขาดยา โดยพัฒนาการรักษาในช่วง 2 สัปดาห์แรก พัฒนาระบบ DOT และการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่อย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วย เน้นการค้นหาในช่วงไตรมาสที่ 1 เน้นกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาศักยภาพแพทย์ โดยมีระบบพี่เลี้ยง (Case Manager :CM) แม่ข่ายระดับจังหวัด พัฒนาศักยภาพพยาบาล ในด้านทักษะการประเมิน SOS/News score และการผลักดันการปฏิบัติ (Nurse Driven Protocol) การหารูปแบบที่เป็นตัวอย่าง (Best Practice) ในการแก้ไขปัญหา และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพด้านบุคลากรเป็นเลิศ มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคล เพื่อกำกับติดตามการดำเนินงาน การพัฒนาบุคลากร ควรสอดคล้องกับส่วนขาด และพัฒนาศักยภาพ การดำเนินงานในสาขาที่ปฏิบัติควรมีแผนในการส่งเสริมความก้าวหน้าที่ชัดเจน ควรจัดให้มีฝึกอบรมให้ความรู้ ส่งเสริมการเรียนรู้พัฒนาตนเองและสรรหาบุคลากรที่มีสมรรถนะตรงกับตำแหน่ง

สรุปผลการวิจัย

ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) โดยใช้รูปแบบ CIPP ในการประเมิน พบว่า ด้านบริบท แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และแผนพัฒนาจังหวัด มีความครอบคลุมยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข มีการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบ เพื่อนำมากำหนดตัวชี้วัดและเป้าประสงค์ ที่ตอบสนองพันธกิจ ในทั้งระดับจังหวัดอำเภอ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีแนวทางส่งเสริม และกระตุ้นให้เกิดการสร้างนวัตกรรม มีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด มาตรการและตัวชี้วัด ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ด้านปัจจัยนำเข้า ผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการจัดทำแผน ในระดับมากที่สุด มีงบประมาณในการดำเนินงานเพียงพอ มีการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณโดยผู้บริหารรายไตรมาส มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ



ที่ทันสมัย ในการจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลสนับสนุน เพื่อประกอบการปฏิบัติงานและการสื่อสาร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านกระบวนการ การนำแผนงาน โครงการไปสู่การปฏิบัติ และการกำกับติดตามประเมินผล พบว่า มีการถ่ายทอดนโยบายและแผนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการที่ตอบสนองต่อประเด็นยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการของหน่วยงานมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัด แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสามารถดำเนินการ ได้ตามเวลาที่กำหนด มีการกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผน รายไตรมาส ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผลการประเมินด้านผลผลิต ผลลัพธ์ พบว่า ส่วนใหญ่การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 68.97 ไม่บรรลุผล จำนวน 9 ตัวชี้วัด ร้อยละ 31.03 การดำเนินงานที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย คือ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดา เด็ก 0-5 ปี สูงดิสมีส่วน สุขภาพวัยเรียน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fit Test ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ได้รับการค้นหาและ คัดกรองโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{Yr}$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่นระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) โดยใช้รูปแบบ CIPP ในการประเมิน ปัจจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด พบว่า บุคลากรมีเพียงพอในการปฏิบัติงาน แตกต่างกับการประเมินของกรมอนามัยที่พบว่า กรอบอัตรากำลังของบุคลากรในทุกหน่วยงานมีค่อนข้างจำกัด ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างจริงจัง⁽¹¹⁾ แนวทางการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานระดับพื้นที่โดยการสร้างร่วมมือการจัดการปัญหา การขาดแคลนบุคลากร โดยส่งเสริมให้ภาคีด้านสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และไม่เห็นด้วยต่อความเพียงพอด้านงบประมาณ⁽¹²⁾ การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และการรายงานผลดำเนินงานตามกรอบเวลา ในระดับปานกลาง บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการจัดทำแผน การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน มีงบประมาณเพียงพอ มีระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย การขับเคลื่อนแผนและการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานและการกำกับติดตาม ในระดับมาก แต่ผลการดำเนินงานมีตัวชี้วัดส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านบริการเป็นเลิศ⁽⁷⁾ ซึ่งแตกต่างจากการประเมินยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัด ในปี 2562 ที่พบว่า ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ และการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นเลิศและด้านระบบบริการเป็นเลิศผ่านเกณฑ์ ตามลำดับ ส่วนการประเมินผลระยะ 5 ปี พบว่า ผลการดำเนินงาน



ผ่านเกณฑ์ ซึ่งมีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ลดลงเนื่องจากในเดือนธันวาคม ปี 2563 จนถึง ปี พ.ศ. 2565 เป็นช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการระบบบริการสุขภาพ โดยที่ด้านปัจจัยนำเข้ากระบวนการ ไม่แตกต่างกัน⁽⁷⁾ แต่พบปัญหาการนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างขาดการจัดการเพื่อจัดทำข้อมูลในการตัดสินใจเชิงบริหาร⁽⁸⁾ การมีโปรแกรมที่หลากหลายในการคัดกรองสุขภาพจากส่วนกลาง ควรปรับให้เป็นโปรแกรมกลาง มีฐานข้อมูลในระดับจังหวัดและพัฒนาให้ผู้รับผิดชอบสามารถเข้าถึงข้อมูลในการทำงานและการกำกับ ติดตามตัวชี้วัดได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการปรับปรุงยุทธศาสตร์สุขภาพให้สอดคล้องกับภารกิจปัจจุบัน เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด
2. พัฒนาระบบข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงาน กำกับติดตามและประเมินผล มีประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ทั้งระยะสั้น และระยะยาว เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2563-2565). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2562.
4. Stufflebeam D. L. For applying CIPP evaluation model checklist: A tool the CIPP model to assess projects and programs. Western Michigan University [Internet]. [cited 5 Mar 2023]; Available from: [http://rszarf.ips.uw.edu.pl/ewalps/dzienne/cipp-model-stufflebeam 2015.pdf](http://rszarf.ips.uw.edu.pl/ewalps/dzienne/cipp-model-stufflebeam%2015.pdf)
5. Stufflebeam, D.L. Educational Evaluation and Decision Making. Illinois : Peacock 1981.
6. นฤมล เอกธรรมสุทธิ และสิริรักษ์ เจริญศรีเมือง. แนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPiest ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2567; 11 (2): 137.



7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ.2560-2564). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2566.
8. สมจิตร เดชาเสถียร, เกษฎา สุรวรรณ, พชรพร ครอบงุม และปัทมา ล้อพงษ์พานิชย์. การประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 .วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562; 1(2): 159-169.
9. อรุณ จิรวินัยกุล. สถิติวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์: 2558.
10. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ สถิติสำหรับบริหารและวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2550.
11. กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557). สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก 2557.
12. ไพรัช บวรสมพงษ์, สมศรี ศิริขวัญชัย และพรธิดา วิชาศิลป์พานนท์. การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2555.



ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566

FACTORS RELATED TUBERCULOSIS MORTALITY IN KHON KAEN PROVINCE FISCAL YEAR 2023

Received: October 03, 2023

Revised: December 04, 2023

Accepted: December 24, 2023

วีระวรรณ เหล่าวิทวัส^{1*}, เอมวิกา แสงชาติ¹

Weerawan Laowittawas^{1*}, Emviga Sangchart¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ใช้รูปแบบการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Analysis Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รักษาหาย และเสียชีวิตด้วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565–18 กันยายน 2566 ของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จำนวน 550 ราย ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) อายุ 2) การติดเชื้อ HIV 3) ตำแหน่งของการติดเชื้อวัณโรค และ 4) การมีโรคร่วม คือ โรคไตเรื้อรัง (CKD) และโรคตับ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคควรนำข้อมูลด้านปัจจัยบุคคลของผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว การตรวจหาเชื้อ HIV มาประกอบการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

คำสำคัญ: การเสียชีวิต, ปัจจัย, วัณโรค

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

KhonKaen Provincial Health Office

*Corresponding author E-mail: Vaccine2543@gmail.com



Abstract

This research aimed to investigate the factors related to the death of new and recurrent TB patients in Khon Kaen province. Using a retrospective cohort analysis study, the sample was tuberculosis patients aged 15 years and over who were cured and died of tuberculosis registered in the NTIP (National Tuberculosis Information Program), Ministry of Public Health. During 1 October 2022–18 September 2023 of Khon Kaen province, 550 samples were selected by purposive sampling technique and data collection generated by the researcher form, statistical analyzed by chi-square statistics and logistic regression analysis. It was found that the factors related to the death of tuberculosis patients with statistically significant include 1) age 2) HIV infection 3) location of tuberculosis infection and 4) the presence of comorbidities, namely chronic kidney disease (CKD) and liver disease.

The recommendation from this study is that in caring for tuberculosis patients, should be focus in the characteristic of the patient, such as the elderly, HIV screening test is used to plan treatment according to the patient's context to reduce the mortality rate of tuberculosis patients.

Keywords: Mortality, Factors, Tuberculosis



บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงของโลก (High Burden Country Lists) ปี ค.ศ. 2016 -2020 เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ประเทศ ได้แก่ มีภาระวัณโรค (TB)⁽¹⁾ วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี⁽²⁾ (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB)สูง⁽²⁾ (โดยใช้หลักเกณฑ์ ประเทศที่มีค่าคาดประมาณอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยของแต่ละประเทศสูงสุด 20 อันดับแรก และประเทศที่มีค่าคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 10 ประเทศ ซึ่งไม่จัดอยู่ในกลุ่ม 20 ประเทศแรก) โดยจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม⁽²⁾ อุตการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบ และขึ้นทะเบียนรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับอัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment Coverage) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยปี พ.ศ.2558-2562 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 53, 57, 74, 80 และ 84 ตามลำดับ ลดลงในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 82 และจากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก⁽¹⁶⁾ คาดประมาณว่าในปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 12,000 ราย ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2563⁽¹⁾ พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา 85,837 ราย ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยที่ผ่านมามีแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น รักษาล้มเหลวขาดยา และโอนออกลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูง และเป็นปัญหาของประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่สูงอายุ และมีโรคร่วม จากการศึกษาหลายประเทศ⁽⁵⁾ พบว่า อายุมาก ติดเชื้อ HIV มะเร็งวัณโรคเชื้อหุ้มสมอง น้ำหนักน้อยกว่า 35 กิโลกรัม เบาหวานและโรคไต เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในระหว่างรักษา อายุของผู้ป่วย โดยเฉพาะที่มากกว่า 65 ปี เป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายการเสียชีวิตอาจเป็นเพราะผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มนี้มีโรคร่วม เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ถูกลมอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานไตวาย⁽⁶⁾ ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะกล่าวได้ว่า อายุมากเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิตเพียงอย่างเดียว จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการรักษาไม่สำเร็จในผู้ป่วยวัณโรค อาทิ การติดเชื้อเอชไอวี โรคร่วม เช่น เบาหวาน ถูกลมโป่งพอง แผลโพรงในปอด ความหนาแน่นของแบคทีเรียก่อนการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพบว่า⁽⁸⁾ เพศชาย ผลสำเร็จในการรักษาน้อยกว่าเพศหญิง รวมทั้งการเข้าถึงบริการ การรักษาซ้ำขาดผู้ดูแล การรักษาในสถานบริการเอกชน การรักษาวัณโรค ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะเข้มข้น ใช้ระยะเวลาการรักษา 2-3 เดือนแรกของการรักษา และระยะต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาการรักษา 4 เดือน หลังจากผ่านระยะเข้มข้น การศึกษาที่ผ่านมา⁽⁸⁾ พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ ระยะ



เข้มข้น จากการศึกษาจังหวัดเชียงราย พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุด คือ ภายในเดือนแรกของการรักษา เช่นเดียวกับประเทศอินเดียที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตมากที่สุด คือ ภายใน 8 สัปดาห์แรกของการรักษา และสัมพันธ์กับภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น เอชไอวีและโรคร่วมอื่นๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการไม่ได้รับยาต้านไวรัสยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรค ปัจจัยอื่นๆ อาทิ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เพศชาย เสมหะพบเชื้อเมื่อเริ่มรักษา และมีโรคร่วม โรคไต โรคตับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวานและหอบหืด อย่างไรก็ตามภาวะโรคร่วมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค อาจทำให้การแสดงอาการและการวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยไม่ชัดเจน เช่น โรคเกี่ยวกับไตและโรคตับ ซึ่งส่งผลต่อการรักษาวัณโรค และอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากภาวะเป็นพิษของยาต่อต้านในการรักษาวัณโรค

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดขอนแก่นในปี 2564-2565⁽³⁾ พบความชุกผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท รายใหม่ และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษาในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 2,555 ราย และ 2,533 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 141.7 และ 141.2 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าอัตราป่วยของประเทศ (150 คนต่อแสนประชากร) ในปี 2565 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (Treatment coverage) ปี 2565 เทียบกับการคาดประมาณของ WHO 150 คน ต่อแสนประชากร พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 94 ด้านอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1 ปี 2565 ที่พบอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 70.8 (ไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายร้อยละ 88) เนื่องจากพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 15.3 และอัตราการขาดยา ร้อยละ 6.0 นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กำลังรักษาร้อยละ 6.7 นอกจากนี้ อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในปี 2563-2565 มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ อัตราร้อยละ 8.84, 11.11 และ 13.53 มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 5 ซึ่งจังหวัดขอนแก่นได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาทิ การ Early detection เน้นการคัดกรองในแบบ active case finding โดยใช้กลไก 3 หมอ และ passive case finding บูรณาการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังในหน่วยบริการ ใน 3 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มที่พบการป่วยวัณโรคสูง ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ใช้สารเสพติดและสุรา
- 2) กลุ่มที่พบอัตราการตายสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีการสูบบุหรี่ หรือมีเบาหวาน หรือมีปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง
- 3) กลุ่มที่ต้องคัดกรอง 100% ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ต้องขัง และบุคลากรสาธารณสุข⁽³⁾



จากสถานการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดขอนแก่น ดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งหน้าที่รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า การดำเนินการเพื่อควบคุมวัณโรค ยังเป็นการดำเนินการตามแนวทางที่กระทรวงกำหนด แต่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค และนำมาใช้ประกอบการกำหนดกิจกรรมการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่โดยผลจากการศึกษา จะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการดำเนินงานลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค และเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยดำเนินการศึกษาวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

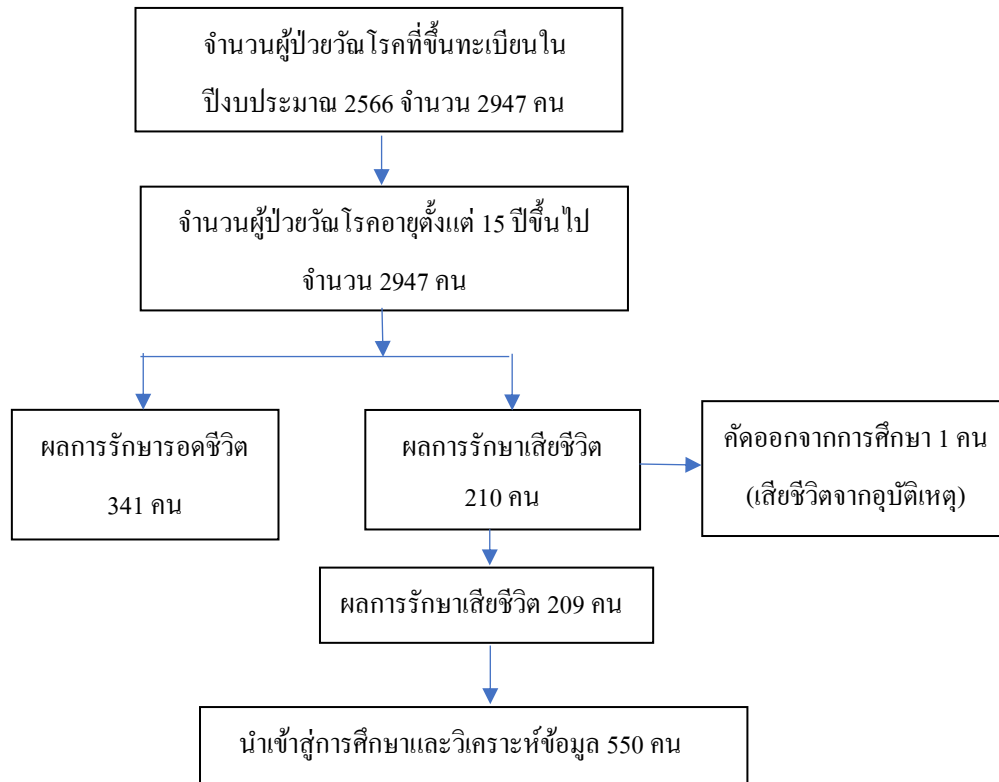
การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ เก็บข้อมูลหัตถุภูมิย้อนหลัง (Retrospective Cohort Analysis Study) จากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565–18 กันยายน 2566 ของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับรักษาที่สถานพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น และลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2566 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565–18 กันยายน 2566 จำนวน 2,947 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รักษาหาย และเสียชีวิตเข้ารับรักษาที่สถานพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น และลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) กรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565–18 กันยายน 2566 มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 550 คน โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคจากระบบ NTIP ที่นำเข้าสู่การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบคัดลอกข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ลงใน File excel และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

1. ลงรหัสข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS

2. การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และเปรียบเทียบขนาดของปัจจัยโดยใช้การคำนวณค่าสัดส่วน Odds Ratio ที่ปรับแล้ว (Adjusted odds ratio) ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Level of Significant 0.05)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COE025/2566, REC 046/2566 ลงวันที่ 27 กันยายน 2566



ผลการวิจัย

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.0 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 43.7 อายุเฉลี่ย 68.3 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 13.2 และช่วงอายุ 55-59 ปี และ 60-64 ปี ร้อยละ 11.4 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.7 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 18.2 อาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 9.5 และเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 ราย ร้อยละ 0.4 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90.6 รองลงมา คือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 6.4 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 3.0 ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ น้ำหนักน้อย (ผอม) ร้อยละ 28.0 และน้ำหนักเกิน (อ้วน) ร้อยละ 10.5 ข้อมูลประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 84.7 รองลงมา คือ เป็นผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 7.8 และผู้ป่วยรับโอน ร้อยละ 0.5 ด้านตำแหน่งของการเป็นวัณโรค พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคในปอด ร้อยละ 93.5 นอกปอด ร้อยละ 3.8 และเป็นทั้งในปอดและนอกปอด ร้อยละ 2.7 ด้านการตรวจเชื้อ HIV ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ยินยอมรับการตรวจหาเชื้อ HIV ร้อยละ 72.7 เมื่อจำแนกประเภทของกลุ่มตัวอย่างตามความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยง ร้อยละ 26.9 รองลงมา คือ เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 17.8 เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 12.5 เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิด (นอกบ้าน) ร้อยละ 6.5 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 4.9 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ร้อยละ 2.4 และอื่นๆ ร้อยละ 7.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	374	68.0
หญิง	176	32.0
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	508	90.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	36	6.4
ประกันสังคม	17	3.0
BMI		
น้ำหนักน้อย (<18.5 kg/m ²)	175	31.8
ปกติ (18.5-24.9 kg/m ²)	301	54.7
น้ำหนักเกิน (>25 kg/m ²)	74	13.5



ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของการติดเชื้อเป็นวัณโรค		
ใหม่	466	84.7
กลับเป็นซ้ำ	39	7.1
รักษาซ้ำหลังจากขาดยา	10	1.8
รับโอน	32	5.8
อื่นๆ	3	0.6
ตำแหน่งของการเป็นวัณโรค		
ในปอด	514	93.5
นอกปอด	21	3.8
ในปอดและนอกปอด	15	2.7
การยินยอมตรวจ HIV		
ยินยอมตรวจ	153	27.3
ไม่ยินยอมตรวจ	408	72.7

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแบบถดถอยลอจิสติกพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

ปัจจัย	OR _{adj.}	95% CI	p-value
อายุ	2.69	1.44-5.01	0.001
ติดเชื้อ HIV	15.52	7.81-30.86	<0.001
ตำแหน่งของวัณโรค	0.27	0.09-0.82	<0.001
โรคไตเรื้อรัง	0.24	0.11-0.52	<0.001
โรคตับ	0.08	0.01-0.69	0.001

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เสียชีวิตเป็น 2.69 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (OR_{adj.} = 2.69, 95%CI = 1.44-5.01) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV เสียชีวิตเป็น 15.25 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ HIV (OR_{adj.} = 15.52, 95%CI = 7.81-30.86) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อวัณโรคในปอด เสียชีวิตเป็น 0.27 เท่าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคนอกปอด (OR_{adj.} = 0.27, 95%CI = 0.09-0.82) ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เสียชีวิตเป็น 0.24 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย



(OR_{adj} = 0.24, 95%CI = 0.11-0.52) ผู้ป่วยที่มีโรคตับร่วมด้วย เสียชีวิตเป็น 0.08 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคตับร่วมด้วย (OR_{adj} = 0.08, 95%CI = 0.01-0.69)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรม NTIP กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 43.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.7 ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ น้ำหนักน้อย (ผอม) ร้อยละ 28.0 ประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ในโปรแกรม NTIP พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 84.7 เป็นผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 7 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ มีผลการรักษารักษาหาย (cure rate) ร้อยละ 42.6 รักษาครบ (complete rate) ร้อยละ 29.8 และขาดการรักษามากกว่า 2 เดือน ร้อยละ 27.6 ตำแหน่งของการเป็นวัณโรค พบว่า เป็นวัณโรคในปอด ร้อยละ 93.5 ส่วนใหญ่ไม่ยินยอมรับการตรวจหาเชื้อ HIV คิดเป็น ร้อยละ 72.7 ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรร่วมอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เสียชีวิตเป็น 2.69 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (OR_{adj} = 2.69, 95%CI = 1.44-5.01) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV เสียชีวิตเป็น 15.25 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ HIV (OR_{adj} = 15.52, 95%CI = 7.81-30.86) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อวัณโรคในปอด เสียชีวิตเป็น 0.27 เท่าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคนอกปอด (OR_{adj} = 0.27, 95%CI = 0.09-0.82) ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เสียชีวิตเป็น 0.24 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย (OR_{adj} = 0.24, 95%CI = 0.11-0.52) ผู้ป่วยที่มีโรคตับร่วมด้วย เสียชีวิตเป็น 0.08 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคตับร่วมด้วย (OR_{adj} = 0.08, 95%CI = 0.01-0.69)

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 2.69 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ HIV 15.52 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานันดร ฐานวิเศษ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การติดเชื้อ HIV มีโอกาสที่จะเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV 11.78 เท่า การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานันดร ฐานวิเศษ⁽⁹⁾ และ อัจฉรา รอดเกิด⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ผู้ที่ติดเชื้อ HIV เป็นผู้ที่กินยาควบคุมภูมิคุ้มกันโรค มีโอกาสที่จะเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อ HIV เนื่องจากร่างกายมีภูมิคุ้มกันน้อย โอกาสที่ร่างกายจะต้านทานฤทธิ์ยาที่รักษาวัณโรคมีน้อย จึงทำให้



เสียชีวิตได้ง่าย นอกจากนี้ จากฐานข้อมูลยังพบว่า ผู้ป่วยที่ยินยอมให้ตรวจหาเชื้อ HIV ยังมีจำนวนน้อยมาก ส่งผลให้การค้นพบผู้ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อรับการรักษา มีจำนวนน้อย (under report) ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้ตรวจหาเชื้อ HIV จะมีโอกาสรอดชีวิตน้อย สาเหตุอีกประการหนึ่งที่ผู้ป่วยวัณโรคไม่ยินยอมตรวจหาเชื้อ HIV อาจจะเป็นเนื่องจากว่า ในปัจจุบันมีการใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV (Pre-Exposure Prophylaxis: HIV PrEP) จึงทำให้หลายคนมั่นใจว่าตนเองไม่ติดเชื้อ HIV จึงไม่ยินยอมตรวจหาเชื้อ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า การมีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย (CKD) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย 0.24 เท่า และผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย 0.85 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของศิริโรตม์ จันทรักษา⁽⁶⁾, ฐานันตร์ ฐานวิเศษ⁽⁹⁾ และอัจฉรา รอดเกิด⁽¹¹⁾ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคอื่นร่วมด้วย สภาพร่างกายจะอ่อนแอมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วม ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาลดลง ทำให้มีโอกาเสียชีวิตมากกว่า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคควรนำข้อมูลด้านปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว การตรวจหาเชื้อ HIV มาประกอบการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค
2. ควรมีการศึกษาเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564 (NTP: National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2021. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
2. กรมควบคุมโรค กองวัณโรค. แนวทางบริหารจัดการและการปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการด้านวัณโรค. (Management and practice guideline for tuberculosis laboratory). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์. แนวทางการปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและเอดส์ พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เจ.เอส.การพิมพ์; 2560.



4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เอกสารประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565.
5. ศิโรตม์ จันทรักษา. ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 8(12).
6. จันทรชนก กิตติจันทโรภาส. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;5(3). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
7. จิตติพร มากเมือง และคณะ. ปัจจัยเกี่ยวเนื่องการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2559; 8(1).
8. ราเมศ คนสมศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2560.
9. ฐานันดร ฐานิเศษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2563; 20(1)
10. นานิละห์ สาแม และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี 2561; 13(25).
11. อัจฉรา รอดเกิด. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(1).
12. Ante M., Mateja J. Nontuberculous Mycobacterial Pulmonary Disease. Pulmonaryinfection [Internet]. 2012 [cited 7 Apr 2017]; 15 (1):[about 1 p.]. Available from: [https://www.intechopen.com/books/pulmonary-infection/nontuberculous-](https://www.intechopen.com/books/pulmonary-infection/nontuberculous-mycobacterial-pulmonary-disease)
13. mycobacterial-pulmonary-disease Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 13. Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician Should Know. Sixth Edition. Atlanta, United States of America: CDC; 2013.
14. Collins FM. Relative susceptibility of acid-fast and non-acid-fast bacteria to ultraviolet light. Appl Microbiol 1971; 21: 411-3. of America; 2012.
15. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2021. Geneva, Switzerland: WHO; 2021. World Health Organization. The END TB Strategy. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
16. World Health Organization. WHO global lists of high burden countries for tuberculosis (TB), TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB), 2021-2025. Geneva, Switzerland: WHO; 2021.



การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุข ทุกระดับศูนย์เด็กเล็กปฐมวัยและสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7

DEVELOPING THE OPERATIONAL MODEL OF PARENT-SCHOOLS IN PUBLIC HEALTH SERVICE CENTERS AT ALL LEVELS, EARLY CHILDHOOD EDUCATION CENTERS, AND EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN HEALTH REGION 7

Received: November 09, 2023

Revised: January 08, 2024

Accepted: January 14, 2024

สุจิรา ขวาชั้น^{1*}

Sujira Khwasaen^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) ครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่ได้รับความรู้จากหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กซึ่งไม่ได้เข้าหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความรู้ ด้วย Independent t-test

ผลการวิจัยทดลองใช้หลักสูตรและรูปแบบปรับปรุง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน เพศ อายุ เป็นบิดา/มารดาของเด็ก สถานภาพสมรส โดยความรู้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 25.10 ± 2.75 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีคะแนน 21.73 ± 3.19 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $p\text{-value} < 0.001$

ข้อเสนอแนะ ควรจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่อย่างครอบคลุมทุกหน่วยบริการ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย โดยปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของตนต่อไป

คำสำคัญ: หลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่, ความรู้ในการดูแล, ส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

¹ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

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



Abstract

This Quasi-Experimental Study aims to try out the new curriculum as part of the research and development process (Research and Development) presented in the 4th phase of developing the said operating model. The sample group for this research consists of 30 parents who received knowledge from the new parent-school curriculum, while the control group consists of 30 parents who did not attend the parent-school curriculum. The research equipment used includes questionnaires and knowledge tests. Data analysis was conducted using descriptive statistical methods, including frequency distribution, percentages, mean, and standard deviations. Independent t-test was used to compare the average knowledge levels.

The research findings reveal that both groups have similar general characteristics: gender, age, being the father/mother of the child, marital status. By knowledge in caring for and promoting early childhood health from a full score of 30 points, the study group had an average knowledge score of 25.10 ± 2.75 points, higher than the control group, which had a score of 21.73 ± 3.19 points, statistically significant.

Suggestions: Parent school activities should be organized to cover all service units. To enhance knowledge and understanding in caring for and promoting the health of women and early childhood. by adjusting the format to suit their context.

Keywords: Parent-school curriculum, research and development, knowledge in childcare and health promotion for preschool children



บทนำ

เด็กช่วงอายุ 0-5 ปี ถือเป็นพื้นฐานของการพัฒนาชีวิตที่มั่นคง จะหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม จริยธรรม ภาษา สติปัญญา⁽¹⁾ จึงควรตระหนัก และให้ความสำคัญกับคุณภาพของการอบรมเลี้ยงดู และส่งเสริมศักยภาพของเด็ก จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 27.2⁽²⁾ ซึ่งอาจมาจากปัจจัย 1) ทารกคลอดก่อนกำหนด 2) ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม 3) ทารกมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 4) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวอย่างน้อย 6 เดือนต่ำ 5) พฤติกรรมการเล่นนิทานของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก และ 6) การเล่นกับลูกโดยไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์⁽³⁾ จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ประเทศไทย ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2561-2563 พบ 96.6, 97.61 และ 97.78 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 7 พบ 96.85, 98.96 และ 98.83 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ภาพรวมระดับประเทศ และเขตสุขภาพที่ 7 ของร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเกณฑ์ซึ่งกำหนดไว้ร้อยละ 85 ในส่วนร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย 3 ปีย้อนหลังรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2561 มากที่สุด คือ จังหวัดมหาสารคาม กาฬสินธุ์ ขอนแก่น และร้อยเอ็ด พบ 97.72, 97.38, 97.31 และ 95 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2562 พบมากที่สุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ พบ 99.21, 99.02, 98.99 และ 98.52 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2563 พบมากที่สุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ พบ 99.09, 98.91, 98.7 และ 98.49 ตามลำดับ จากคลังข้อมูลแม้จะพบว่า เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่เด็กที่พัฒนาการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ต้องเฝ้าระวังอยู่ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ เนื่องจากพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความสำคัญต่อการพัฒนาสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสมบูรณ์ พัฒนาการที่ผิดปกติส่งผลกระทบต่อโอกาสที่จะมีพัฒนาการก้าวหน้าตามวัยทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ ปัจจัยของมารดาและบิดา ปัจจัยของเด็ก การดูแลขณะตั้งครรภ์ และสิ่งแวดล้อม⁽⁴⁾

จากแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)⁽³⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฯ ยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกรมอนามัย คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีขีดความสามารถสูง และมีประสิทธิภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และคุณภาพชีวิตของประชากรตลอดช่วงชีวิต ในส่วนของกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

โรงเรียนพ่อแม่ เป็นรูปแบบหรือแนวทางที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดให้เหมาะสม รวมถึงการดูแลเด็กปฐมวัย



ด้วยหลักการจัดการโรงเรียนพ่อแม่ และแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง (Brain Based Learning: BBL) ซึ่งประกอบด้วย 1) การผ่อนคลาย 2) การสร้างความตระหนักจดจ่อ 3) การจัดประสบการณ์ที่เป็นกระบวนการอย่างกระตือรือร้น ทำให้นำความรู้ที่ได้ลงสู่การปฏิบัติจริง⁽³⁾ รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมอง^(5,6) เพื่อให้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง และการดูแลสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อลดอัตราตายลดอัตราเจ็บป่วย และความพิการของมารดาและทารก รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกด้วย⁽⁷⁾

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 และพัฒนาการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ โดยบทความวิชาการครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนา ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงรูปแบบการดำเนินการให้เหมาะสมกับสถานบริการทุกระดับให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และความเป็นไปได้ในการขยายผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาผลของการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 เปรียบเทียบความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ และไม่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) ซึ่งศึกษาผลของการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 เปรียบเทียบความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ และไม่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งรูปแบบฯ ที่ใช้ในครั้งนี้ได้จากการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ดำเนินงานมาแล้วรูปแบบฯ เน้นที่กระบวนการมีส่วนร่วม จากหลักสูตรการอบรมพ่อแม่ ฉบับปี 2558 “สร้างพ่อแม่ให้รอบรู้สู่ครอบครัวอบอุ่น เพื่อลูกน้อยแข็งแรง เก่ง ดี มีสุข” โดยแบ่งเป็น 3 หลักสูตร คือ 1) หลักสูตรการอบรมพ่อแม่ ระยะตั้งครรภ์ 2) หลักสูตรการอบรมพ่อแม่ ระยะหลังคลอด 3) หลักสูตรการอบรมพ่อแม่ ระยะเลี้ยงดูบุตร และฉบับปี 2559 “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี เตรียมพร้อมเรียนรู้” ต้องการให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ทักษะเพิ่มขึ้น เน้นผู้รับการอบรม



เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รวมทั้งสร้าง Key message เพื่อสร้างความจดจำให้กับผู้รับบริการ และมีหลักการจัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ตามแนวคิดการในพัฒนา 3 หลัก คือ 1) องค์ความรู้ 2) ขั้นตอนและวิธีการ และ 3) ทักษะทดลองปฏิบัติ มีการฝึกฝน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 ที่เข้าร่วมการพัฒนานำร่อง จำนวน 10 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ศึกษาในช่วงเวลาปีงบประมาณ 2561 ระยะเวลาที่ใช้กลุ่มทดลองที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ที่ไม่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ทั้ง 2 ปี จำนวน 30 คน รวมระยะเวลา 4 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นมาจากการศึกษาค้นคว้าหนังสือ และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง คือ แบบทดสอบความรู้ของพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่ได้รับจากหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่มีจำนวน 30 ข้อ ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการโรงเรียนพ่อแม่ รูปแบบการดำเนินงาน ระยะเวลา สถานที่ เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย จำนวนผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมของญาติ ผลการดำเนินการ การประเมินผลการให้บริการ การวางแผน การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน การให้บริการโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการหลังจากเข้าร่วมโครงการนำร่องโรงเรียนพ่อแม่หลักสูตรใหม่ และผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก 7 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านสาธารณสุข) จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) จำนวน 1 ท่าน ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการ 4 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างการตรวจหาความเชื่อมั่นของเนื้อหา (reliability for a test) โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) แบบทดสอบความรู้ผู้เข้ารับบริการโรงเรียนพ่อแม่ที่ศูนย์เด็กเล็กมีค่าความเชื่อมั่น $KR-20 = 0.77$

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ระหว่างกลุ่มทดลองระหว่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองผู้ผ่านหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ และกลุ่มควบคุมไม่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่โดยใช้สถิติ Independent t-test



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวม ดังนี้ ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การประชุมกลุ่มย่อยผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กรมอนามัย รหัสโครงการ 189/2561, 190/2561 และ 191/2561 ซึ่งรับรองระหว่าง 31 มกราคม-30 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ หลักการเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

จากการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 35.03 ± 12.02 ปี เป็นบิดา/มารดาของเด็ก ร้อยละ 76.6 สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.3 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33.3 เงินเดือน 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 66.7 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 38.07 ± 13.41 ปี เป็นบิดา/มารดาของเด็ก ร้อยละ 63.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.7 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 56.6

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 25.10 ± 2.75 คะแนน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีคะแนนเพียง 21.73 ± 3.19 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $p\text{-value} < 0.001$ และเมื่อพิจารณาร้อยละของการตอบถูกรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มทดลองตอบถูกมากกว่าจำนวน 6 ข้อ คือ การฝึกให้ลูกรู้จักอดทนรอคอย ต้องรอให้ลูกอายุ 10 ปี จึงจะเริ่มฝึกได้อ่าน (ร้อยละ 83.3 VS ร้อยละ 60 $p\text{-value} = 0.045$) พ่อแม่ผู้ปกครอง ไม่ควรอ่านหนังสือนิทานเรื่องเดิมซ้ำๆ ให้เด็กฟังถึงแม้ว่าเด็กจะขอให้อ่าน (ร้อยละ 76.7 VS ร้อยละ 30 $p\text{-value} < 0.001$) การห้ามการเปรียบเทียบ การตีเด็ก เป็นการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับเด็ก (ร้อยละ 73.3 VS ร้อยละ 40 $p\text{-value} = 0.009$) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ไม่สามารถนำมาประเมินการเจริญเติบโตของเด็กได้ (ร้อยละ 93.3 VS ร้อยละ 56.7 $p\text{-value} = 0.001$) การอธิบายความรู้ให้เด็กฟัง เด็กจะสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้มากกว่าการให้เด็กลงมือปฏิบัติ (ร้อยละ 51.7 VS ร้อยละ 23.3 $p\text{-value} = 0.024$) การให้นุดรอายุ 3-5 ปี ดูโทรทัศน์หรือเล่นแท็บเล็ต เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน



จะเป็นการพัฒนาสมองทำให้เด็กฉลาด (ร้อยละ 89.7 VS ร้อยละ 50.0 $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละการตอบคำถามถูกจำแนกราย และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มศึกษา (กลุ่มที่ได้รับข้อมูลโรงเรียนพ่อแม่) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลโรงเรียนพ่อแม่) กลุ่มละ 30 คน

ข้อคำถาม	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่จัดเพื่อให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย	30	100.0	30	100.0	1.00
2. เมื่อลูกอายุ 2-3 ปี ควรจัดที่นั่งให้ลูกได้กินอาหารกับสมาชิกอื่นๆ ไม่เดินตามป้อนอาหาร	30	100.0	29	96.7	1.00
3. เด็กอายุ 2-3 ปี เป็นวัยแห่งความเป็นตัวของตัวเองสูง คือต่อต้าน พ่อแม่ควรตามใจเพื่อป้องกันการอาละวาด	18	60.0	16	53.3	0.60
4. วิธีที่ช่วยให้ลูกจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดีที่สุดคือการโอบกอด พูดยแสดงความเข้าใจ	30	100.0	30	100.0	1.00
5. พ่อแม่ไม่ควรลงโทษลูกด้วยอารมณ์ เมื่อลูกทำผิดควรชี้แจงเหตุผลแล้วค่อยลงโทษ	29	96.7	30	100.0	1.00
6. ทุกครั้งที่ไปฉีควัคซีนไม่จำเป็นต้องเอาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ไป	22	73.3	16	53.3	0.11
7. การประเมิน เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทำได้โดยใช้เครื่องมือที่มีชื่อว่า DSPM (คู่มือเล่มขาว)	27	90.0	26	86.7	1.00
8. การเล่นบทบาทสมมติเป็นการต่อเติมจินตนาการ	30	100.0	29	96.7	1.00
9. พ่อแม่คือของเล่นที่ดีที่สุดสำหรับลูก	29	96.7	23	76.7	0.050
10. การฝึกให้ลูกรู้จักอดทนรอคอย ต้องรอให้ลูกอายุ 10 ปี จึงจะเริ่มฝึกได้	25	83.3	18	60.0	0.045*
11. การสร้างวินัยเชิงบวกคือ การปฏิบัติต่อเด็กด้วยการใช้ความรุนแรงเพื่อสร้างวินัย	22	73.3	16	53.3	0.11
12. การฝึกให้ลูกมีระเบียบวินัย คุณพ่อคุณแม่ต้องมีระเบียบวินัยเพื่อเป็นตัวอย่าง	30	100.0	29	96.7	1.00
13. คุณพ่อคุณแม่สามารถใช้หนังสือนิทานเป็นเครื่องมือสอนให้ลูกมีคุณธรรม จริยธรรมได้	30	100.0	30	100.0	1.00



ข้อคำถาม	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
14. การเลือกหนังสือนิทานที่เหมาะสมกับเด็กอายุ 2-3 ปี ควรเป็นภาพเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน สัตว์ สิ่งของ	27	90.0	28	93.3	1.00
15. พ่อแม่ผู้ปกครอง ไม่ควรอ่านหนังสือนิทานเรื่องเดิมซ้ำๆ ให้เด็กฟังถึงแม้ว่าเด็กจะขอร้องให้อ่าน	23	76.7	9	30.0	<0.001*
16. เวลาที่เหมาะสมในการเล่านิทานคือ ควรเกิน 15 นาที/ครั้ง	12	40.0	6	20.0	0.09
17. นิทานที่เหมาะสมกับเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป ควรเป็นนิทาน ที่มีเรื่องราวเกี่ยวกับธรรมชาติหรือให้ข้อคิด	29	96.7	27	90.0	0.61
18. เด็กอายุ 3-5 ปี ควรแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง โดยพ่อแม่ แปรงซ้ำให้	22	73.3	24	80.0	0.54
19. ควรแปรงฟันให้ลูกตั้งแต่ซี่แรกด้วยยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์ขนาดเท่าเมล็ดข้าวโพด ถูไปมาสั้นๆ ในแนว ขวาง	10	33.3	4	13.3	0.07
20. การทดสอบว่าแปรงฟันสะอาดหรือไม่ ทำได้โดยใช้ หลอดพลาสติกเล็กๆ ขูดบนตัวฟัน หากพบคราบหรือสีฟัน ดินมาแสดงว่ายังไม่สะอาด	18	60.0	15	50.0	0.60
21. การจัดอาหารตามวัยเด็กปฐมวัยควรได้รับประทานดับ อย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 มื้อ	23	76.7	24	80.0	1.00
22. การห้าม การเปรียบเทียบ การตีเด็ก เป็นการเสริมสร้าง พฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับเด็ก	22	73.3	12	40.0	0.009*
23. เด็กอายุ 3-5 ปี ควรเข้านอนตั้งแต่ 20.00-07.00 น. รวม เป็นเวลา 10-13 ชั่วโมง	29	96.7	26	86.7	0.35
24. การนอนหลับที่เพียงพอและเหมาะสม มีผลทำให้ ร่างกายเด็กเจริญเติบโตดี	30	100.0	30	100.0	1.00
25. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ไม่ สามารถนำมาประเมินการเจริญเติบโตของเด็กได้	28	93.3	17	56.7	0.001*
26. การจัดการเล่นที่ดีสำหรับลูก คือ เล่นตามลูก เล่นกับลูก เล่นสิ่งที่ลูกสนใจ	27	90.0	27	90.0	1.00
27. การอธิบายความรู้ให้เด็กฟัง เด็กจะสามารถเรียนรู้และ เข้าใจได้มากกว่าการให้เด็กลงมือปฏิบัติ	16	53.3	7	23.3	0.017*
28. การให้โอกาสเด็กได้ลงมือปฏิบัติ ได้ปั้น ได้เขียน ได้ เปาะ ได้ดมกลิ่นและลิ้มรส จะทำให้เด็กมีประสบการณ์ชีวิต และเรียนรู้สิ่งรอบตัวได้ดี	29	96.7	29	96.7	1.00



ข้อคำถาม	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
29. สำหรับเด็ก การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยกิจกรรมที่สนุกสนานก่อนเรียน เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการเรียนรู้	29	96.7	30	100.0	1.00
30. การให้บุตรอายุ 3-5 ปี ดูโทรทัศน์หรือเล่นแท็บเล็ต เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน จะเป็นการพัฒนาสมองทำให้เด็กฉลาด	27	90.0	15	50.0	0.001*
ค่าเฉลี่ย+ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรวม	25.10±2.75		21.73±3.19		<0.001*

เชิงคุณภาพ พบว่า แต่เดิม สถานศึกษาเด็กปฐมวัยไม่มีรูปแบบการดำเนินการโรงเรียนพ่อแม่ที่ชัดเจน ไม่เคยทราบแนวทางการดำเนินงานมาก่อนแต่มีความต้องการที่จะทำ ได้เริ่มดำเนินการโดยสอดคล้องไปกับกิจกรรมต่างๆ ที่โรงเรียนจัด เนื้อหายังไม่ครอบคลุม ไม่มีสื่อการสอน สถานบริการทุกแห่งนั้นการมีส่วนร่วมของสามีและญาติน้อย ไม่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ผลลัพธ์ของการเรียนการสอน และยังมีปัญหาเรื่องทรัพยากร ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร และสื่อการสอน โดยสรุปคือ สถานบริการทุกแห่งเห็นความสำคัญของการให้ความรู้ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ แต่ด้วยบริบทที่แตกต่างกันทั้งด้านขนาดสถานบริการ บุคลากร ผู้รับบริการ ทำให้รูปแบบการจัดการต้องแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท และต้องเน้นการมีส่วนร่วมของสามีและญาติด้วย อีกทั้งต้องมีการเก็บข้อมูล และประเมินผลลัพธ์การเรียนการสอนด้วย เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประสิทธิภาพของหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ปี 2558 และหลักสูตรฯ ปี 2559 ในประเด็นการสร้างความรู้ความเข้าใจผู้ปกครอง เพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กนั้น ไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ปกครองที่เข้ารับการสอนโรงเรียนพ่อแม่ จะมีความรู้ความเข้าใจผู้ปกครองเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนพ่อแม่

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย และสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้จากคะแนนเต็ม



30 คะแนน 25.10 ± 2.75 คะแนนซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีคะแนนเพียง 21.73 ± 3.19 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย รวมไปถึงการดูแลเด็กในการรับประทานอาหาร การนอนหลับที่เพียงพอ การโอบกอด พูดยแสดงความเข้าใจ กระตุ้นพัฒนาการ การฝึกให้ลูกมีระเบียบวินัย การใช้หนังสือนิทานเป็นเครื่องมือสอนให้ลูกมีคุณธรรม จริยธรรม เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมความรู้ตามหลักสูตร โรงเรียนพ่อแม่ปี 2559 ที่สามารถตอบข้อคำถามอย่างถูกต้องครอบคลุมในประเด็นข้างต้นเช่นเดียวกัน มีเพิ่มเติมในเรื่อง การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยกิจกรรมที่สนุกสนาน ก่อนเรียน เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการเรียนรู้ของเด็ก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการอบรมเรื่องโรงเรียนพ่อแม่ นั้น พบว่า ยังมีประเด็นที่ขาดความรู้ๆ เช่น การอธิบายความรู้ให้เด็กฟัง เด็กจะสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้มากกว่าการให้เด็กลงมือปฏิบัติ การเล่นนิทาน และส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจที่ผิดว่า การให้เด็กดูโทรทัศน์หรือเล่นแท็บเล็ตเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน จะเป็นการพัฒนาสมองทำให้เด็กฉลาดการประเมินความรู้จากประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น จึงกล่าวได้ว่า กลุ่มที่เข้าอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ทั้ง 2 หลักสูตรนั้นที่ทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัยได้ นอกจากนี้ อาจเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา อาชีพ รายได้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว อาจมีผลต่อการรับรู้และเข้าใจ จากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่อยู่ในชุมชน อาจเป็นไปได้ว่า การมีความรู้ในการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกันนั้น เนื่องมาจากความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันไป เช่น หากผู้ตอบคำถามเป็นมารดา ซึ่งเคยเป็นหญิงตั้งครรภ์อาจเคยได้รับความรู้จากการฝากครรภ์มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมากกว่า บิดา หรือผู้เลี้ยงดูอื่นๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย จากการประเมินความรู้ ในประเด็นการดูแลฟัน และระยะเวลาที่เหมาะสมในการเล่นนิทาน พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนความรู้ที่น้อย คือ ส่วนใหญ่ตอบข้อคำถามผิด มากกว่าร้อยละ 60 ผู้สอนหรือหน่วยงานที่จัดอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ นั้น ควรจัดรูปแบบการสอน โดยนำหลักการพัฒนาสมอง (Brain-based Learning) มาปรับดำเนินการ

ผลของหลักสูตร โรงเรียนพ่อแม่แต่ละฉบับ ในการสร้างความรู้ความเข้าใจผู้ปกครองเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองที่เข้ารับการอบรมความรู้ตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปี 2558 และหลักสูตรปี 2559 มีความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปี 2558 และปี 2559 กับผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการอบรม พบว่า ความรู้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลักสูตร



โรงเรียนพ่อแม่ทั้ง 2 ฉบับนั้นมีการให้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมในประเด็นข้อคำถาม สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสอนโรงเรียนพ่อแม่ ในจังหวัดสระบุรีที่ พบว่า ความรู้ของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กหลังได้รับการสอนโรงเรียนพ่อแม่ นั้นสูงกว่าก่อนได้รับการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการปรับปรุงหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปี 2559 ได้มีการเน้นเรื่อง “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข” เพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย มีความรู้ ทักษะและ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม การอบรมโรงเรียนพ่อแม่จึงมีกระบวนการเน้นให้ความรู้ฝึก ทักษะพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ได้ออกแบบสำหรับให้บริการ ณ สถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากช่วงปฐมวัย เป็นช่วงวัยทองของการสร้างรากฐานชีวิตทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาอารมณ์และสังคม หากมีการประเมินผลด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติหรือการลงมือทำให้อู เช่น การใช้สมุดสีชมพู การแปรงฟันเด็ก อาจเป็นวิธีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองที่นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง การประเมินผลจึงอาจพบความแตกต่างได้ จากการศึกษาสถานการณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน พื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 พบว่า ทั้งสถานบริการและชุมชนให้ความสำคัญกับการส่งเสริม พัฒนาการเด็กน้อย กลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมจึงยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลและ ส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ทั้ง 2 หลักสูตรนั้น เป็นการ จัดกิจกรรมเพื่อให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อเด็กมุ่งเน้นส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หากเด็ก ปฐมวัยของไทยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่วันนี้ จะถือเป็นการสูญเสียโอกาสอันล้ำค่ายังต่อ การพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของคนไทยในอนาคต จึงสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของ หลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ทั้งสองฉบับต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ สตรีและเด็กปฐมวัยไม่มีความแตกต่างกัน แต่ควรได้มีการจัดสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้เข้าร่วม กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการทุกระดับอย่างครอบคลุม

รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและสถานศึกษาเด็ก ปฐมวัยในพื้นที่นาร่องเขตสุขภาพที่ 7 นั้น พบว่า ในสถานบริการขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านโปแดง ตำบลบ้านเสียว ตำบลบ้านโนนสูง จะให้บริการโรงเรียนพ่อแม่เดือนละ 1-2 วัน เนื้อหาที่สอน สอนเป็นบางเรื่อง เน้นเนื้อหาamarดาขณะตั้งครรภ์ ยังไม่ครอบคลุมทุกเรื่องที่ควรรู้ ไม่มี ขั้นตอนที่เหมาะสม สื่อการสอนบางแห่งไม่นำมาใช้สอน เนื่องจากจำนวนผู้มารับบริการน้อยมาก จึงไม่สามารถจัดการเรียนการสอนเป็นกลุ่มได้ และมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรทำให้ดำเนินการได้ ไม่เต็มที่⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาการสอนโรงเรียนพ่อแม่ในส่วนของคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลยางตลาด ยังไม่มีแผนการสอนชัดเจน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีการสอนโรงเรียนพ่อแม่ในส่วนของคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และคลินิกเด็กดี เนื้อหาการ



สอนยังไม่ครบถ้วน มีปัญหาขาดแคลนบุคลากร และสถานที่คับแคบ⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศูนย์อนามัยที่ 7 มีปัญหาเรื่องทัศนคติของสามีและญาติที่ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการรับบริการ โรงเรียนพ่อแม่⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองตอกเป็น ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ โพธิ์ชัยโคกศรี และ โรงเรียนพินิจราษฎร์บำรุง ไม่มีรูปแบบการดำเนินการโรงเรียนพ่อแม่ที่ชัดเจน ไม่เคยทราบแนวทางการดำเนินงานมาก่อนแต่มีความต้องการที่จะทำ ที่ผ่านมาได้ดำเนินการโดย สอดแทรกไปกับกิจกรรมต่างๆ ที่โรงเรียนจัด เนื้อหายังไม่ครอบคลุม ไม่มีสื่อการสอน สถานบริการ ทุกแห่งนั้นการมีส่วนร่วมของสามีและญาติน้อย ไม่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของการเรียนการสอน และยังมีปัญหาเรื่องทรัพยากร ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร และสื่อการสอน⁽¹³⁾ หลังจากสถานบริการทุกแห่งได้เข้าร่วมโครงการโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกกรักนาร่องเขตสุขภาพที่ 7 สถานบริการทุกแห่งได้ปรับปรุงการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านปอแดง ตำบลบ้านเสี้ยว ตำบลบ้านโนนสูง ได้ร่วมกันกำหนดหลักสูตรการสอนโรงเรียนพ่อแม่ มี เนื้อหาสอดคล้องกับอายุครรภ์หญิงตั้งครรภ์และอายุเด็กที่มาใช้บริการ และปรับเปลี่ยนเป็นให้ความรู้ ผู้รับบริการเป็นรายบุคคลทุกราย ให้ตรงตามอายุครรภ์หรืออายุเด็กที่มาใช้บริการ เนื่องจากจำนวน ผู้รับบริการน้อยไม่สามารถจัดกลุ่มได้ ปรับปรุง และผลิตสื่อการสอนให้สื่อสารได้เข้าใจง่าย มีขั้นตอน การสอนที่เหมาะสม โรงพยาบาลยางตลาด แบ่งผู้รับบริการออกเป็นกลุ่มๆ ตามความเหมาะสม จัดทำ แผนการสอนให้ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด และเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม จัดทำจัดหาสื่อการ สอนเพิ่มขึ้น เน้นให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนด้วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปรับปรุง สถานที่ในการสอนโรงเรียนพ่อแม่ ให้รองรับผู้รับบริการและญาติได้เพียงพอ แบ่งผู้รับบริการ ออกเป็นกลุ่มๆ ตามความเหมาะสม จัดทำแผนการสอนให้ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด และเหมาะสมกับ ผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม จัดทำจัดหาสื่อการสอนเพิ่มขึ้น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองตอกเป็น ศูนย์ อบรมเด็กก่อนเกณฑ์โพธิ์ชัยโคกศรี และ โรงเรียนพินิจราษฎร์บำรุง ร่วมกันออกแบบ และปรับ หลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการดูแลเด็กทุกช่วงอายุ สอดแทรกไปกับกิจกรรม ต่างๆ ของโรงเรียน ทั้งกิจกรรมปฐมวัย ครูปอบผู้ปกครอง ให้ความรู้ผู้ปกครองช่วงรอรับบุตรหลาน กลับบ้าน และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารความรู้สู่ผู้ปกครอง เช่น ไลน์กลุ่ม และทุกสถานบริการจะทำ การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของการเรียนการสอน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาพัฒนาปรับปรุง รูปแบบการสอนและหลักสูตรต่อไป

หลังจากปรับปรุงรูปแบบการสอนโรงเรียนพ่อแม่ พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มที่ได้รับการสอน หลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีได้คะแนนเฉลี่ยการทดสอบความรู้ในการดูแล เด็กสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม ซึ่งส่วนใหญ่ระดับการศึกษาเป็นระดับประถมศึกษาและ มัธยมศึกษา พื้นความรู้เดิมของผู้ดูแล อาจมีผลต่อความรู้ในการดูแลเด็กปฐมวัย ในการศึกษาควรมีการ ควบคุม หรือออกแบบการวิจัยให้ไม่มีความแตกต่างของระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัย ในทำนอง



เดียวกัน อาชีพกลุ่มที่ได้รับการสอนหลักสูตร โรงเรียนพ่อแม่ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง อาชีพผู้ดูแล อาจมีผลต่อความรู้เดิมเช่นกัน

ความรู้ในการดูแลเด็กปฐมวัย ในด้านที่ได้คะแนนน้อย ควรนำไปเป็นจุดเน้นในการสอนครั้งต่อไป ได้แก่เรื่อง เด็กอายุ 2-3 ปี เป็นวัยแห่งความเป็นตัวของตัวเองสูง คือต่อต้าน พ่อแม่ควรไม่ตามใจเพื่อป้องกันการอาละวาด เวลาที่เหมาะสมในการเล่นิทาน คือ ไม่ควรเกิน 15 นาที/ครั้ง ควรปรองพั้นให้ลูกตั้งแต่ชี้เร่แรกด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ขนาดเท่าเมล็ดข้าวโพด ญไปมาสั้นๆในแนวขวาง การทดสอบว่า แปร่งฟันสะอาดหรือไม่ ทำได้โดยใช้หลอดพลาสติกเล็กๆ ขูดบนตัวฟัน หากพบคราบหรือสีฟันติดมา แสดงว่า ยังไม่สะอาด การอธิบายความรู้ให้เด็กฟัง เด็กจะสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้น้อยกว่าการให้เด็กลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผู้ดูแลยังขาดความรู้ด้านต่างๆ ในการดูแลเด็ก โดยสรุปคือ การให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ มีผลให้เพิ่มความรู้ ความตระหนักในการดูแลเด็กปฐมวัยได้ สถานบริการทุกแห่งเห็นความสำคัญของการให้ความรู้ผ่านโรงเรียนพ่อแม่⁽¹⁴⁾ แต่ด้วยบริบทที่แตกต่างกันทั้งด้านขนาดสถานบริการ บุคลากร ผู้รับบริการ ทำให้รูปแบบการจัดการต้องแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท และต้องเน้นการมีส่วนร่วมของสามเฒ่าและญาติด้วย อีกทั้ง ต้องมีการเก็บข้อมูล และประเมินผลลัทธิการเรียนการสอนด้วย เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่อย่างครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ทั้งในคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด คลินิกนมแม่ คลินิกสุขภาพเด็กดี เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยอย่างครอบคลุมและมีส่วนร่วม
2. บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการระดับพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องเข้าถึงผู้รับบริการ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก เพื่อส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่อย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการประเมินผลความรู้ความเข้าใจภายหลังการทดสอบความรู้ และเพิ่มเติม ชี้นะในประเด็นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในทันที เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
4. ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ให้ประชาชนที่รับบริการในคลินิก ตระหนักและเห็นความสำคัญของการรับบริการ โรงเรียนพ่อแม่ และการเชิญชวนให้ชุมชนมาร่วมคิดร่วมจัดกิจกรรมในคลินิก



เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา พัฒนพงศ์ธร. คู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข”. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นิทรรศการพิมพ์; 2559.
2. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล เจริญวัชร. พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. กรมอนามัย. เอกสารอัดสำเนา. 2558.
3. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). 2559.
4. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติ วรเดช. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(1): 281-296.
5. เจริญ โอภาสเสถียร. การประยุกต์ใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ด้วยหลักการพัฒนาสมองในการดูแลสตรีตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2560; 28(2): 140-152.
6. จิตเกษม สุวรรณรัฐ. การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง: การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์หน่วยผลิต: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
7. ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล. ตำราสูติศาสตร์: การฝากครรภ์. กรุงเทพฯ: ฟลิฟวิ่ง; 2548.
8. พิษณุภัสสร ไหลรุ่งเรืองสกุล. รูปแบบการสอนโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (Brain based learning) ในคลินิกเด็กดีของสถานบริการสาธารณสุขน่านในสระบุรี. 2560.
9. ทศนีย์ รอดชมภู. สถานการณ์เรื่องพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 ปีงบประมาณ 2557. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 2557; 1: 16-24.
10. นภาพร กันธิยะ. การพัฒนาระบบการให้การปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 2556; 2: 179-180.
11. ศิริกุล อิศรานุรักษ์. รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพครั้งที่ 1. นครปฐม. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
12. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. รายงานการตรวจราชการปีงบประมาณ 2559. เอกสารอัดสำเนา. 2559.
13. พรรณณา แมตสถาน. ผลของการพัฒนาตามหลักสูตรการจัดบริการฝากครรภ์และคลินิกเด็กดีคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 2558; 1: 50-56.



14. จรวยพร แดงโชติ. การใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาและเครือข่ายสังคมออนไลน์ในการส่งเสริมความรู้และทักษะด้านพัฒนาการเด็กระดับปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนอนุบาลเอกชนในจังหวัดนนทบุรี. สุทธิปริทัศน์ 2557; 28(88): 80-98.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566

FACTOR ASSOCIATED WITH ACCESS TO DENTAL SERVICES AMONG DIABETES MELLITUS PATIENTS AT NAMON HOSPITAL, KALASIN PROVINCE, FISCAL YEAR 2023

Received: November 14, 2023

Revised: December 27, 2023

Accepted: January 05, 2024

ปิยะนุช วรรณเกษ^{1*}

Piyanuth Wiratgate^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 221 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดังนี้ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทันตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมานด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 97.29 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.35 มีอายุเฉลี่ย 61.06 ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.95 ปี ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าสูงสุดเฉลี่ย 145.23 มก./ดล. และเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 45.12 ทั้งนี้ ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 52.56, การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 50.70 และ การเข้าถึงบริการทันตกรรม ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 82.79 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ รายได้ ($r = 0.174$, $p\text{-value} = 0.011$), ระดับน้ำตาลในเลือดค่าสูงสุด ($r = -0.129$, $p\text{-value} = 0.047$), ระดับความดันโลหิตตัวบน ($r = -0.228$, $p\text{-value} = 0.001$), ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ($r = 0.137$, $p\text{-value} = 0.045$), ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ ($r = 0.296$, $p\text{-value} < 0.001$) และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = 0.251$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการทันตกรรม, ทันตสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

¹ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Department of dentistry, Namon hospital, Kalasin province

*Corresponding author E-mail: offjet39@hotmail.com



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to the factors associated with access to dental services among diabetes mellitus patients at Namon hospital, Kalasin province. A total sample was 221 samples, which selected by systematic random sampling. The instrument was used a questionnaire consisted of, socio-demographic data, the believe on dental health, the support on access to dental services, and access to dental services. The data was analyzed using descriptive statistics and inferential statistic using Pearson's rank correlation coefficient.

The results showed the response rate at 97.29%. A total of diabetes mellitus (DM) patients was female 75.35% with mean of age at 61.06 ± 9.26 years old. The mean of year with DM was 8.95 ± 5.99 years and the mean of fasting blood glucose levels was 145.23 ± 42.20 mg./dl. DM patients had experience on access to dental services was 45.12%. Moreover, the believe on dental health was high level at 52.56%, the support on access to dental services was moderate level at 50.70%, and the access to dental services was high level at 82.79%. The factors associated with access to dental services among DM patients such as; monthly income ($r = 0.174$, $p\text{-value} = 0.011$), fasting blood glucose levels ($r = -0.129$, $p\text{-value} = 0.047$), systolic blood pressure levels ($r = -0.228$, $p\text{-value} = 0.001$), diastolic blood pressure levels ($r = 0.137$, $p\text{-value} = 0.045$), believe on dental health ($r = 0.296$, $p\text{-value} < 0.001$), and the support on access to dental services ($r = 0.251$, $p\text{-value} < 0.001$).

Keywords: Access to dental service, Dental health, Diabetes mellitus patients



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกในประเทศไทยที่พัฒนาหรือประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง⁽¹⁾ เกิดจากการที่ร่างกายขาดอินซูลิน หรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง และชีวเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลง นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งระยะสั้นและระยะยาว อาจเกิดได้ทั้งแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรังระยะยาว โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะยาว เกิดจากการเป็นเบาหวานมานานโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวหรือควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีนัก ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม หลอดเลือดที่เลี้ยงอวัยวะต่างๆ เสื่อม ไตเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคปริทันต์อักเสบ⁽²⁾ ทั้งนี้โรคในช่องปากจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนลำดับที่ 6 ของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี มีความเสี่ยงที่จะเกิดการละลายของกระดูกขากรรไกร และสูญเสียเหงือกยึดปริทันต์มากกว่าคนปกติ นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก ไม่ว่าจะเป็น โรคฟันผุ ภาวะปากแห้งและการหลั่งน้ำลายลดลง ต่อม้ำลายโต การติดเชื้อราในช่องปาก และอาการปวดแสบปวดร้อนและรับรสผิดปกติ⁽³⁾

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2549 ได้ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรเป็นประเด็นแรก ซึ่งครอบคลุมการรับบริการทางทันตกรรมของประชากรไทย⁽⁴⁾ และยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2579 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนงานโครงการตามยุทธศาสตร์ 4 Excellence ส่วนงานทันตสาธารณสุขและการดูแลผู้สูงอายุนานาชาติภายใต้ยุทธศาสตร์ Prevention & Promotion Excellence เน้นให้มีระบบบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ สามารถตอบสนองความจำเป็น ขั้นพื้นฐานของประชาชนอย่างครอบคลุม โดยมีอัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนมากกว่าร้อยละ 50⁽⁵⁾

รายงานผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563–2565 ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 29.66, 24.71 และ 19.07 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยเบาหวานในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนามน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก เพียงร้อยละ 29.72, 25.57 และ 5.16 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ซึ่งน้อยกว่าร้อยละระดับจังหวัด และระดับประเทศ ทั้งนี้ อาจสืบเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งอำเภอนามน เป็นหนึ่งในอำเภอที่พบผู้ป่วยโควิดจำนวนมาก ส่งผลให้โรงพยาบาลนามนได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบใหม่ (New normal) ให้ผู้ป่วยบางรายสามารถรับยาและพบบุคลากรทางการแพทย์ได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง โดยจากแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพของ Andersen⁽⁷⁾ และแนวคิดการให้บริการด้านทันตกรรมของ Davidson & Anderson⁽⁸⁾ ได้ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทันตกรรม ได้แก่ ปัจจัยนำด้าน



สังคมศาสตร์และความเชื่อด้านทันตสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการให้บริการทันตกรรม⁽⁷⁾ ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยหลายมิติ เกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ เช่น การเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ ความพร้อมของประเภทบริการ ค่าใช้จ่ายและการยอมรับในการให้บริการ⁽⁹⁾ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการของ Penchansky & Thomas⁽¹⁰⁾ เนื่องจากมีความครอบคลุมในมิติต่างๆ ของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งแนวคิดดังกล่าว ถูกพัฒนาเพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ นิอุบล ดีพลกรัง⁽¹³⁾ พบว่า การเข้าถึงระบบบริการของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมระดับมาก ส่วนการศึกษาของ มารุต ภูเพ็ญยศ และคณะ⁽²⁶⁾ พบว่า การเข้าถึงระบบบริการของผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรีในภาพรวมระดับปานกลาง ซึ่งแนวคิดของ Penchansky & Thomas⁽¹⁰⁾ ยังไม่ได้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศ ดังนั้น จึงเป็นมูลเหตุสำคัญเพื่อให้เกิดความสนใจในการศึกษาครั้งนี้

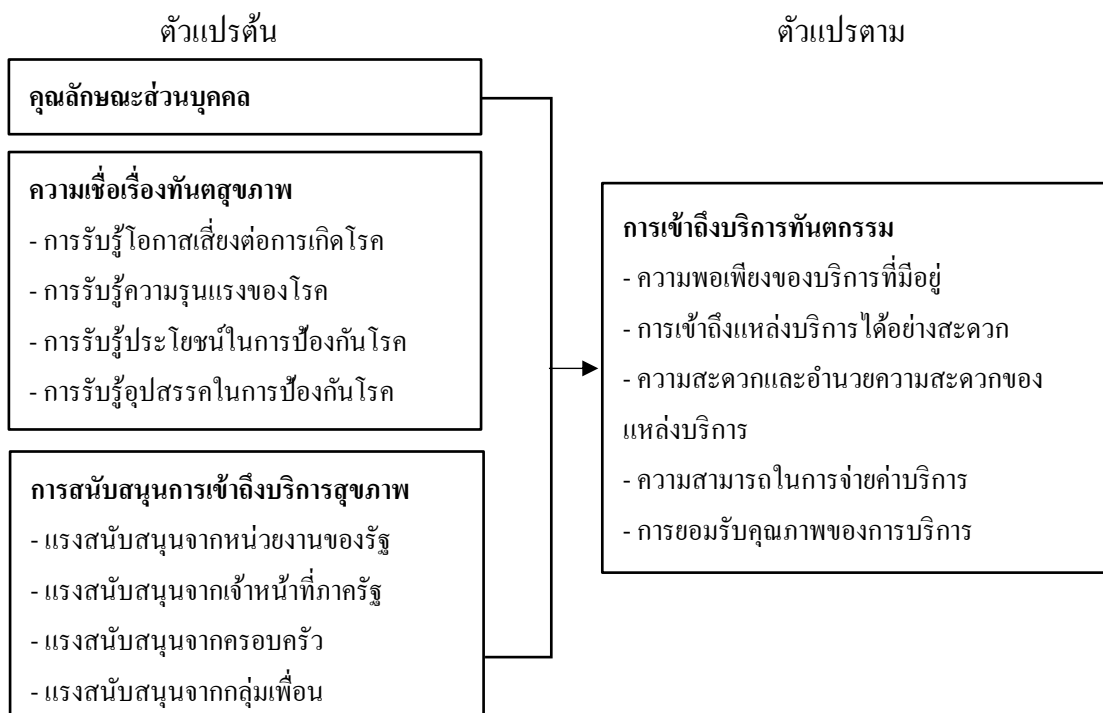
ทั้งนี้ การวัดการเข้าถึงบริการมีความซับซ้อน จึงพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ใช้การให้บริการเป็นตัวแปร ส่งผลให้การศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการมีจำนวนจำกัด⁽¹¹⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนมน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนดำเนินงานพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนมน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพช่องปากที่ดี และทำให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนมน จังหวัดกาฬสินธุ์



กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ประชากรของการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลน่าน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 520 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในสูตรกรณีทราบจำนวนประชากรของ Wayne WD.⁽¹²⁾ โดยอ้างอิงข้อมูลการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของ นิลุบล ดีพลกรัง⁽¹³⁾ ดังนี้

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

โดยที่ N คือ ขนาดประชากร = 520 คน, P คือ สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงบริการภาครัฐ = 0.49, Z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนดหรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 = 1.96, α คือ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง = 0.05, และ d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ = 0.05 ซึ่งแทนค่าในสูตรดังนี้

$$n = \frac{520(0.49)(1-0.49)(1.96)^2}{(0.05)^2(520-1) + 0.49(1-0.49)(1.96)^2} \approx 220.79 = 221 \text{ คน}$$

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 221 คน



การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงรายชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับบริการต่อเนื่องของโรงพยาบาลนวมิน โดยกำหนดช่วงสุ่ม คือ ประชากรทั้งหมด หารด้วยจำนวนตัวอย่าง ดังนี้ ประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวาน (N) 520 คน ต้องการตัวอย่าง (n) จำนวน 221 คน จะคำนวณได้เท่ากับ $520/221 = 2.35 \approx 3$ คน ยกตัวอย่าง ครั้งแรกจับได้หมายเลข 7 ตัวอย่างต่อไปคือ 10, 14, 18 ไปเรื่อยๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลนวมิน ปีงบประมาณ 2566, (2) สามารถสื่อสารหรืออ่าน-เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ, และ (3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิเสธให้ข้อมูลหรือผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจ ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ อาชีพ การศึกษา รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และการใช้บริการทันตกรรม

ส่วนที่ 2 ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ซึ่งในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก โดยสร้างตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามเกณฑ์การประเมินของ บุญธรรมกิจปรีดาบริสุทธิ์⁽¹⁴⁾ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ส่วนการประเมินผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงของ Best⁽¹⁵⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 3.68–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34–3.67) และระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ แรงสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ, แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ, แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งในแต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก โดยสร้างตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามเกณฑ์การประเมินของ บุญธรรมกิจปรีดาบริสุทธิ์⁽¹⁴⁾ โดยให้คะแนน ดังนี้ เคยได้รับ (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เคยได้รับ (1 คะแนน) และการประเมินผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงของ Best⁽¹⁵⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 2.34–3.00) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 1.67–2.33) และระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 1.00–1.66)



ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการทันตกรรม จำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ ความพอเพียงของการบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและการอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับคุณภาพของการบริการ ซึ่งในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก โดยสร้างตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามเกณฑ์การประเมินของ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์⁽¹⁴⁾ และประเมินผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงของ Best⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับส่วนที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามวิจัยครั้งนี้ โดยพิจารณาความตรงทางเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และพิจารณาความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.77, การได้รับการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.83, และการเข้าถึงบริการทันตกรรม มีค่าเท่ากับ 0.79 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเพื่ออธิบาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. สถิติอนุมาน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's rank correlation) โดยทดสอบ $p\text{-value} < 0.05$ แปรผลตามเกณฑ์ของ Elifson et al.⁽¹⁶⁾ ดังนี้ $r = 0$ (ไม่พบความสัมพันธ์), $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.03 (พบความสัมพันธ์ระดับต่ำ), $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 (พบความสัมพันธ์ระดับปานกลาง), $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 (พบความสัมพันธ์ระดับสูง) และ $r = \pm 1.00$ (พบความสัมพันธ์ระดับสมบูรณ์)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ใบรับรอง KLS.REC 50/2566 ลงวันที่ 7 เดือน เมษายน พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งหมด 221 คน โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีอัตราการตอบแบบสอบถามกลับ (Response rate) จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 97.29 ซึ่งมีรายงานผลการวิจัย ดังนี้



1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.35 มีอายุเฉลี่ย 61.06 ± 9.26 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 63.23 ± 8.97 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157 ± 7.26 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.46 ± 3.34 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.16 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.72 รายได้เฉลี่ย 8325.58 ± 10745.99 บาท จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.72 สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 71.16 ในส่วนของประวัติทางคลินิก พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.95 ± 5.99 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดล่าสุดเฉลี่ย 145.23 ± 42.20 มก./ดล. ระดับความดันโลหิตตัวบน เฉลี่ย 125.10 ± 15.95 มม.ปรอท ระดับความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 76.35 ± 12.67 มม.ปรอท และมีประสบการณ์เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 45.12 ตามลำดับ สาเหตุของการเข้ารับบริการทันตกรรมมากที่สุด ได้แก่ ปวดฟัน เหงือกอักเสบ ฟันโยก เสียฟัน เลือดออกตามไรฟัน และแผลในช่องปากตามลำดับ

2. ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.60 ± 0.50 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.66 ± 0.51 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.27 ± 0.36 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.49 ± 0.78 และภาพรวมของความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.75 ± 0.33 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง ที่ 1

ทั้งนี้ ระดับของความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูงร้อยละ 52.56 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.44 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลของความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ (n = 215)

ลำดับ	ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ	Mean	SD	Median	Min	Max
1	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.60	0.50	3.67	1.67	4.67
2	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.66	0.51	3.67	2.33	4.67
3	การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	4.27	0.36	4.33	3.33	5.00
4	การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	3.49	0.78	3.67	1.67	5.00
	ภาพรวมของความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ	3.75	0.33	3.75	2.58	4.67



ตารางที่ 2 แสดงระดับของความเชื่อเรื่องทัศนสุขภาพ (n = 215)

ลำดับ	ความเชื่อเรื่องทัศนสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1	ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 3.68 – 5.00)	113	52.56
2	ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34 – 3.67)	102	47.44

3. การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุน ดังนี้ การสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.23 ± 0.38 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.42 ± 0.52 การสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.67 ± 0.34 การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.09 ± 0.31 และ ภาพรวมของการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.35 ± 0.26 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ทั้งนี้ ระดับของการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 50.70 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 49.30 รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงผลของการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ (n = 215)

ลำดับ	การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ	Mean	SD	Median	Min	Max
1	การสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ	2.23	0.38	2.33	1.33	3.00
2	การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ	2.42	0.52	2.67	1.00	3.00
3	การสนับสนุนจากครอบครัว	2.67	0.34	2.67	1.67	3.00
4	การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน	2.09	0.31	2.33	1.33	2.67
	ภาพรวมการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ	2.35	0.26	2.33	1.75	2.75

ตารางที่ 4 แสดงระดับของการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ (n = 215)

ลำดับ	การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1	ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 2.34 – 3.00)	106	49.30
2	ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33)	109	50.70

4. การเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงบริการทันตกรรม ดังนี้ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.02 ± 0.61 การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.17 ± 0.68 ความสะดวกของแหล่งบริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.42 ± 0.70 ความสามารถ



ในการจ่ายค่าบริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.00 ± 0.55 การยอมรับคุณภาพของการบริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.49 ± 0.54 และ ภาพรวมของการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.02 ± 0.35 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลของการเข้าถึงบริการทันตกรรม (n = 215)

ลำดับ	การเข้าถึงบริการทันตกรรม	Mean	SD	Median	Min	Max
1	ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่	4.02	0.61	4.00	2.00	5.00
2	การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก	4.17	0.68	4.33	2.33	5.00
3	ความสะดวกของแหล่งบริการ	3.42	0.70	3.33	1.67	5.00
4	ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	4.00	0.55	4.00	3.00	5.00
5	การยอมรับคุณภาพของการบริการ	4.49	0.54	4.67	3.00	5.00
	ภาพรวมของการเข้าถึงบริการทันตกรรม	4.02	0.35	4.07	3.33	4.67

ทั้งนี้ ระดับของการเข้าถึงบริการทันตกรรม ส่วนใหญ่ มีค่าคะแนนการเข้าถึงบริการทันตกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.79 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.21 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงระดับของการเข้าถึงบริการทันตกรรม (n = 215)

ลำดับ	การเข้าถึงบริการทันตกรรม	จำนวน	ร้อยละ
1	ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 3.68 – 5.00)	178	82.79
2	ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34 – 3.67)	37	17.21

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนมน ได้แก่ รายได้ พบความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับต่ำ ($r = 0.174$, $p\text{-value} = 0.011$), ระดับน้ำตาลในเลือดล่าสุด พบความสัมพันธ์เชิงลบ ระดับต่ำ ($r = -0.129$, $p\text{-value} = 0.047$), ระดับความดันโลหิตตัวบน พบความสัมพันธ์เชิงลบ ระดับต่ำ ($r = -0.228$, $p\text{-value} = 0.001$), ระดับความดันโลหิตตัวล่าง พบความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับต่ำ ($r = 0.137$, $p\text{-value} = 0.045$), ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ พบความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับต่ำ ($r = 0.296$, $p\text{-value} < 0.001$) และ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับต่ำ ($r = 0.251$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 7



ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 215)

ลำดับ	ปัจจัย	r	p-value	การแปลผล
1	อายุ (ปี)	0.093	0.175	ไม่พบความสัมพันธ์
2	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	0.020	0.766	ไม่พบความสัมพันธ์
3	ส่วนสูง (เซนติเมตร)	0.125	0.067	ไม่พบความสัมพันธ์
4	ดัชนีมวลกาย	-0.072	0.296	ไม่พบความสัมพันธ์
5	รายได้ (บาท)	0.174	0.011*	ระดับต่ำ
6	ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)	0.068	0.319	ไม่พบความสัมพันธ์
7	ระดับน้ำตาลในเลือดค่าสูงสุดเฉลี่ย (มก./ดล.)	-0.129	0.047*	ระดับต่ำ
8	ระดับความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	-0.228	0.001*	ระดับต่ำ
9	ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)	0.137	0.045*	ระดับต่ำ
10	ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ	0.296	<0.001*	ระดับต่ำ
11	การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.251	<0.001*	ระดับต่ำ

* ทดสอบความสำคัญทางสถิติด้วย Pearson's rank correlation coefficient

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.35 มีอายุเฉลี่ย 61.06 ± 9.26 ปี ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.95 ± 5.99 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดค่าสูงสุดเฉลี่ย 145.23 ± 42.20 มก./ดล. ระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 125.10 ± 15.95 มม.ปรอท ระดับความดันโลหิตตัวล่าง เฉลี่ย 76.35 ± 12.67 มม.ปรอท และเคยเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 45.12 ทั้งนี้ ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 52.56, การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 50.70 และการเข้าถึงบริการทันตกรรม ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 82.79 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม ได้แก่ รายได้ (p-value = 0.011), ระดับน้ำตาลในเลือดค่าสูงสุด (p-value = 0.047), ระดับความดันโลหิตตัวบน (p-value = 0.001), ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (p-value = 0.045), ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ (p-value < 0.001) และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ (p-value < 0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 45.12 และประเมินการเข้าถึงบริการทันตกรรม ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 82.79 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ



เพ็ญภา พลอินทร์ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงระบบบริการทันตกรรม ร้อยละ 70.00 หรือการศึกษาของ AITuraki AM, et al.⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับบริการทันตกรรมในระยะ 1 ปี ร้อยละ 55.1 ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญของการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ปัญหา กลิ่นปาก โรคฟันผุ และโรคปริทันต์ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหา สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคปริทันต์ โรคฟันผุ ภาวะปากแห้งและการหลั่ง น้ำลายลดลง ต่อม้ำลายโต การติดเชื้อราในช่องปาก และอาการปวดแสบปวดร้อนและรับรสผิดปกติ⁽³⁾ เมื่อเทียบกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมกับกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการ ทันตกรรม ระดับปานกลาง ดังการศึกษาของ ปิ่นทอง ประสงค์สุข⁽¹⁹⁾ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการ ทันตกรรม ร้อยละ 54.2 ดังการศึกษาของ สุวรรณ เอื้ออรธการุณ และคณะ⁽²⁰⁾ ซึ่งการเข้ารับบริการ ทันตกรรมย่อมเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระยะเวลาที่รอคอย และระบบการให้บริการที่ ตอบสนองความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมายประกอบกัน ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบแนวคิด ของ Penchansky & Thomas⁽¹⁰⁾ ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสูง ร้อยละ 52.56 และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 50.70 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญภา พลอินทร์ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อ เรื่องทันตสุขภาพในระดับสูง หรือ นิลุบล ดีพลกรัง⁽¹³⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพใน ระดับมาก และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมากเช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนวม ได้แก่ รายได้, ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด, ระดับความดันโลหิตตัวบน, ระดับความดันโลหิตตัวล่าง, ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบางปัจจัยใน การศึกษาของ Bakhshandeh S., et al.⁽²¹⁾ พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์ต่อการเข้า รับบริการทางทันตกรรมโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งแตกต่างจาก การศึกษาของ เพ็ญภา พลอินทร์ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ รายได้ อาชีพ และ การศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยกเว้น สถานภาพ สมรส และความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้ ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ในกลุ่ม ผู้สูงอายุในการศึกษาของ นิลุบล ดีพลกรัง⁽¹³⁾ พบว่า ความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ และการสนับสนุนการ เข้ารับบริการทางทันตสุขภาพ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ รวมทั้ง ระดับการศึกษา ที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ส่วนปัจจัย ที่ไม่พบความสัมพันธ์ได้แก่ อายุ รายได้ และการตระหนักในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม หรือ การศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ของ Barman D., et al.⁽²²⁾ พบว่า ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับ บริการทางทันตกรรม ได้แก่ ภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ระยะการเดินทาง



ความถี่ของการนัดหมาย อายุ รายได้ อาชีพ และการรับรู้ของความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ ทั้งนี้ การที่จะส่งผลให้แต่ละบุคคลเข้าถึงการเข้ารับบริการทางทันตกรรมได้ ปัจจัยที่มีความสำคัญ คือ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ดังการศึกษาของ ธีรนา อินทรสุขสันติ⁽²³⁾ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจะมีส่วนช่วยให้ระดับของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น และส่งผลให้สุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังการศึกษาของ กฤษณชาติ ภาชนะวรรณ และปาริชา นิพนพานนท์⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพร่วมกับแบบแผนความเชื่อเรื่องทันตสุขภาพ ยังส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นต่อไป⁽²⁵⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมนโยบายการคัดกรองสุขภาพของปากให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ครอบคลุมเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดการดำเนินงานและส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงปฏิบัติการในกลุ่มทันตบุคลากร และสหวิชาชีพในพื้นที่เพื่อวางระบบการดำเนินงานให้บริการทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกต้องและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Kidambi, S., & Patel, S. B..Diabetes mellitus: considerations for dentistry. The Journal of the American Dental Association 2008; 139: 8S-18S.
2. Wang, T. F., Jen, I. A., Chou, C., & Lei, Y. P. Effects of periodontal therapy on metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus and periodontal disease: a meta-analysis. Medicine 2014; 93(28).
3. Sunita M, & Gurdasham S. Dental Management of Diabetic Patient: A Clinical Review. [internet]. 2014 [Cited 15 Jun 2023]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/308022514_Dental_Management_Of_Diabetic_Patient_A_Clinical_Review
4. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. (2554, 18 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา (เล่ม 119 ตอนที่ 116ก, น. 13-14). [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; เข้าถึงได้จาก: <http://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/031.pdf>



5. บุญเอื้อ ยงวานิชกร. การกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย 2563. วารสารทันตสาธารณสุข 2552; 14(2): 38-48.
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก.[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://hdcksn.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5
7. Andersen, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. Journal of health and social behavior 1995; 1-10.
8. Davidson, P. L., & Andersen, R. M. Determinants of dental care utilization for diverse ethnic and age groups. Advances in Dental Research 1997; 11(2): 254-62.
9. Martins, A. M., Barreto, S. M., & Pordeus, I. A. Utilization of dental services among the elderly in Brazil. Revista Panamericana de Salud Publica= Pan American Journal of Public Health 2007; 22(5): 308-16.
10. Penchansky, R., & Thomas, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical care 1981; 127-40.
11. Guay, A. H. Improving access to dental care for vulnerable elders. Journal of dental education 2005; 69(9): 1045-8.
12. Wayne, W. D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. John Wiley & Sons, Inc.; 1995.
13. นิอุบล ดีพลกรัง. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2564; 3(1): 1-19.
14. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จามจุรี โปรดักส์; 2554.
15. Best, J.W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
16. Elifson, K.W., Runyon, R.P., & Haber, A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
17. เพ็ญนภา ทองอินทร์, จันทน์พิมพ์ หินเทาว์ และวรรณะ พิธพรชัยกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ได้รับการคัดกรองและพบว่ามีความจำเป็นต้องรับการรักษาทันตกรรม จังหวัดกระบี่. J DENT ASSOC THAI 2022; 72(4): 580-7.



18. AlTuraiki AM, Jaemal HM, Alamer AA, Alghwainem AA, Althabit TA, Alamri A, Nazir MA. Oral Health and Patterns of Dental Visits Among Diabetic Patients in the Eastern Province of Saudi Arabia. Clin Cosmet Investig Dent 2021; 13: 513-20.
19. ปิ่นทอง ประสงค์สุข. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
20. สุวรรณ เอื้ออรรถการุณ และพัชรวรรณ สุขุมาลินทร์. ประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ภายใต้ต้นนโยบาย Fee schedule. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 45(2): 40-9.
21. Bakhshandeh S, Murtomaa H, Vehkalahti MM, Mofid R, Suomalainen K. Oral self-care and use of dental services among adults with diabetes mellitus. Oral Health Prev Dent 2008; 6(4): 279-86.
22. Barman D, Ranjan R, Kundu A. Factors associated with dental visit and barriers to the utilization of dental services among tribal pregnant women in Khurda district, Bhubaneswar: A cross-sectional study. J Indian Soc Periodontol 2019; 23(6): 562-8.
23. ชันวา อินทรสุขสันติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(2): 104-15.
24. กฤษณาภาติ ภาชนะวรรณ และปาริชา นิพนพานนท์. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560; 10(1): 1-9.
25. สุรเกียรติ สีสาร และจุฬารักษ์ โสตะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560; 10(2): 22-32.
26. มารุต ภูเพ็ญ และณปภา ประยูรวงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561; 18(2): 66-75.



ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์”
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
POSITIVE PSYCHOLOGICAL CAPITAL USING THE APPLICATIONS “AORSORMOR
ONLINE” OF THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SEANSUK SUB-DISTRICT,
MUEANG DISTRICT, CHONBURI PROVINCE

Received: September 31, 2023

Revised: January 03, 2024

Accepted: January 07, 2024

พันธะกานต์ ยืนยง^{1*}, ญาณันธร กราบทิพย์², กนกกร จงประสิทธิ์³,
กนกกรดา แก้วอ่อน⁴, ณิชกานต์ ส่งแจ้ง⁵, ธมนวรรณ นาลัย⁶, ปาริฉัตร ทองนา⁷,
สุพรรณษา ศรีโมรา⁸, จิตติมา เดียววัฒนวิวัฒน์², สีนินาฏ โคตรบรรเทา²
Phanthakan Yuenyong^{1*}, Yanantorn Krabthip², Kanogkorn Jongprasit³,
Kanokrada Kaew-on⁴, Nichakarn Songjaeng⁵, Thamonwan Nalai⁶, Parichat Thongnat⁷,
Suphansa Srimora⁸, Thitima Diawwattanawiwa², Sineenart Kohtbantau²

บทคัดย่อ

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกเป็นการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่เป็นองค์ประกอบของพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ของอาสาสมัคร

¹ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

Bangkhla Hospital, Chachoengsao

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences

³ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

Kubua Queen Sirikit Health Center, Ratchaburi

⁴ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสุนทรธรรมิการาม อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

Wat Sunthon Thammikaran sub-district health promoting hospital, Nonthaburi

⁵ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Public Health Office Photharam District, Ratchaburi

⁶ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi

⁷ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี

Primary Care Units Sattahip Sub-District, Chonburi

⁸ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Bannongree sub-district health promoting hospital, Ratchaburi

*Corresponding author E-mail: yy.phanthakan@gmail.com



สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ภูมิหลัง และมาตรการวัดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ประกอบด้วย Independent T-test และ One-way ANOVA

ผลวิจัย พบว่า ภาพรวมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งาน แอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ของ อสม. อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 0.41) คุณลักษณะด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความหยิ่งตัว อยู่ในระดับดีมาก เมื่อเปรียบเทียบทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับภูมิหลัง และองค์ประกอบรายด้านของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า สถานภาพแตกต่างกัน มีด้านความหวังแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น ควรสร้างแรงจูงใจ ติดตาม และให้คำแนะนำในการใช้แอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” โดยคำนึงถึงบริบทของชุมชนในการนำแอปพลิเคชันนี้ไปใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางพิจารณาในการพัฒนาสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ: ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), แอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์”



Abstract

Positive psychological capital is the development of a person's positive abilities as a component of behavior in daily life. This descriptive research aims to study and compare the positive psychological capital in the use of the "AORSORMOR ONLINE" application among Village Health Volunteers (VHV). A sample group of 84 people was randomly sampled. multi-step method Data were collected using a questionnaire consisting of background and a measure of positive psychological capital in using the "AORSORMOR ONLINE" application. Data were analyzed using descriptive statistics. and inferential statistics including Independent T-test and One-way ANOVA.

The results of the research found that the overall positive psychological capital in using the " AORSORMOR ONLINE " application by Village Health Volunteers was at a very good level ($\bar{X}$ = 3.74, S.D. = 0.41) Characteristics of self-efficacy, Hope, Optimism and Resilience It's at a very good level. When comparing positive psychological capital, it was found that Positive psychological capital was not significantly different from the background and the individual components of positive psychological capital were found to have different statuses. There is a side of hope. The difference is statistically significant at the 0.05 level.

Therefore, incentives should be created, followed up and given advice on the use of the "AORSORMOR ONLINE" application, taking into account the community context in using this application effectively. and use it as a guideline to consider in the development of village health volunteers.

Keywords: Positive Psychological capital, Village health volunteers (VHV), Application

"Aorsormor online"



บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน และยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เป็นผู้นำในการเผยแพร่ ความรู้ วางแผน และประสานกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขกับประชาชน และปัจจุบันการทำงานในยุค ศตวรรษที่ 21 ควรจะต้องมีทักษะการเรียนรู้ นวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ เทคโนโลยี และทักษะ ชีวิตและอาชีพ⁽¹⁾ ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายไทยแลนด์ 4.0 มุ่งเน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยเทคโนโลยี และ นวัตกรรม

ด้วยสังคมไทยเข้าสู่สังคมเทคโนโลยีดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งมีภารกิจหลักในการส่งเสริมบทบาท และพัฒนา อสม. โดยเฉพาะการส่งเสริม สนับสนุนให้ มีความรอบรู้ และเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพ ให้เป็น อสม. 4.0 โดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการทำงาน เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การพัฒนาแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” เพื่อเป็น เครื่องมือให้กับ อสม. ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และประชาชน โดยหลักเกณฑ์ที่ใช้สำหรับ ประเมิน อสม. 4.0 ได้แก่ ความสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ (Digital Literacy) เช่น แอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” หรือโปรแกรมอื่นๆ ที่กำหนดการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การมีทักษะ ปฏิบัติการให้การช่วยเหลือสังคมด้านปฐมพยาบาลเบื้องต้น และช่วยชีวิตขั้นต้น⁽²⁾ เพื่อให้การทำงาน สะดวกรวดเร็ว ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างทั่วถึง และสุขภาพดียิ่งขึ้น

การใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแสนสุข พบว่า ส่วนใหญ่ คือ กลุ่มลงทะเบียน และใช้งานแอปพลิเคชัน และกลุ่มที่ไม่ใช้งาน แอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” โดยเริ่มใช้งานตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีความคาดหวังให้ อสม. ใช้งานครบ 100% และเป็นแม่ข่ายในการส่งข้อมูลข่าวสาร ช่วยให้การงานมีความสะดวกมากขึ้น ทั้งการส่งรายงานเอกสารพร้อมแนบรูปภาพประกอบ การระบุตำแหน่งการลงเยี่ยมบ้าน และ อสม. จะ ได้รับข้อมูลข่าวสารได้ทันทั่วถึงที่ เจ้าหน้าที่ทำงานง่ายขึ้น ซึ่ง อสม.มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ การใช้งาน และให้ความร่วมมือที่ดี แต่มีปัญหาในเรื่องของการใช้งานล่าช้า โดย อสม. บางส่วนไม่ ต้องการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” และมีความต้องการลาออกต่อการใช้งานเพราะ การใช้งานมีความยุ่งยาก⁽³⁾

อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานใน ชุมชน เคียงข้างกับเจ้าหน้าที่มากกว่า 10 ปีจากประสบการณ์โดยตรง และผลสำเร็จของการทำงาน และ การที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” นั้น ถ้า อสม. มีความมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรม อสม. จะไม่เกิดความกลัว และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค⁽⁴⁾



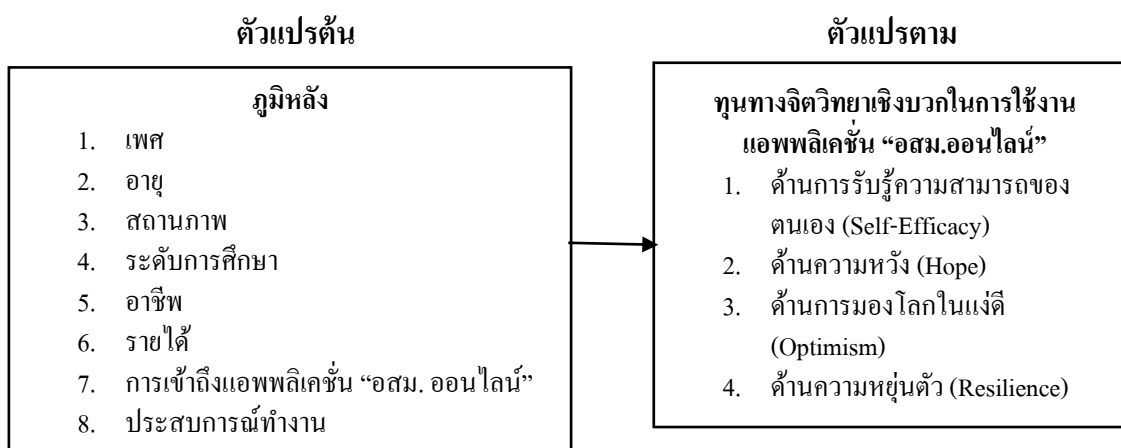
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) เป็นแนวคิดใหม่ที่พัฒนาศักยภาพของบุคคลในมิติ เชิงบวกหรือจุดแข็ง กลุ่มตัวแปรที่ได้รับการวิเคราะห์ และเป็นที่ยอมรับในบริบทของการทำงาน คือ ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychological capital: PsyCap) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และความยืดหยุ่นตัว (Resilience)⁽⁵⁾

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีการศึกษาอย่างกว้างขวางในเรื่องของการทำงาน ซึ่งทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทั้ง 4 ด้าน มีตัวแปรภูมิหลังที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การเข้าถึงแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” และประสบการณ์การทำงาน ตัวแปรดังกล่าวแสดงให้เห็นความแตกต่างของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษา ภูมิหลังทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยเฉพาะในเรื่องของการใช้งานแอปพลิเคชันในงานด้านการดูแลสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่า จากการนำแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” มาใช้ในพื้นที่น่าจะมีการศึกษาในเรื่องของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของ อสม.เพื่อพัฒนา อสม. ให้เกิดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่เกิดผลต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” และคาดหวังว่าผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. 4.0

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของอสม. ในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์”
2. เพื่อเปรียบเทียบทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ใน อสม. ที่มีภูมิหลังต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม.ในตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีรายชื่อในทะเบียนปี พ.ศ.2564 ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 364 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้าของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็น อสม.ที่ลงทะเบียน และใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ระยะเวลาที่เป็น อสม. 1 ปีขึ้นไป (พ.ศ. 2564) สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออกของผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria) อสม. ที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามจนเสร็จ และต้องการออกจากการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า Effect Size เท่ากับ 0.8⁽⁶⁾ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Proportional Stratified Random Sampling) โดยสุ่มเลือก อสม. ตามพื้นที่รับผิดชอบด้วยการนำบัญชีรายชื่อ อสม.แต่ละพื้นที่มาทำการสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนให้ครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างตามพื้นที่รับผิดชอบของ อสม.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่เรียกว่า “แบบประเมินทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้แอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์”ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี”

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามภูมิหลัง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” และประสบการณ์การทำงาน โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นการเติมข้อความลงในช่องว่าง และการเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 มาตราวัดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้ตนเองเป็นจุดอ้างอิงในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จำนวน 39 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 2 ความหวัง จำนวน 9 ข้อ ด้านที่ 3 การมองโลกในแง่ดี จำนวน 10 ข้อ และด้านที่ 4 ความหยุนตัว จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราวัดลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ⁽⁷⁾ การแปลค่าคะแนนทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์”ของ อสม. โดยนำคะแนนทั้งหมดมาคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำมาเป็นเกณฑ์⁽⁶⁾ ดังนี้



คะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$ หมายถึง ทูตทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับดีมาก

คะแนน $\bar{X} \pm S.D.$ หมายถึง ทูตทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$ หมายถึง ทูตทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับแย่มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนวคิดทฤษฎีหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คณะผู้วิจัยนำคะแนนจากข้อคำถามความตรงของเนื้อหารายข้อ และดัชนีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 และนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และทำการประมวลผลวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีของ Cronbach's เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในภาพรวมมีค่า 0.91 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ภูมิหลัง มีค่าเท่ากับ 0.95 ในขณะที่การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความความหยุ่นตัว เท่ากับ 0.93, 0.87, 0.90 และ 0.91 ตามลำดับ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” และประสบการณ์ทำงาน ซึ่งวิเคราะห์โดยการหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบทูตทางจิตวิทยาเชิงบวกในการทำงาน แอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” กับภูมิหลังของ อสม. โดยใช้สถิติ Independent t-test และ One-Way ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงอธิบายรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลคำตอบ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับวิทยาลัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี หมายเลขโครงการ COA.NO. 2020/S10 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษามีผลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 84 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 72 คน ร้อยละ 85.70 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป จำนวน 33 คน ร้อยละ 39.30 โดยอายุต่ำสุด 32 ปี และมากที่สุด 72 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพ สมรส/คู่ จำนวน 46 คน ร้อยละ 54.80 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 47 ร้อยละ 56.00 ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 47 คน ร้อยละ 56.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 41 คน ร้อยละ 48.80 การเข้าถึงแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ส่วนใหญ่ใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ได้ด้วยตนเอง จำนวน 62 คน ร้อยละ 73.80 ประสบการณ์การทำงานส่วนมากจำนวน 6-10 ปี จำนวน 31 คน ร้อยละ 36.90

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของ อสม. ในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์”

ภาพรวมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ของ อสม. อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=3.74$, S.D. = 0.41) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า คุณลักษณะของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” ทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก และ คุณลักษณะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความหวัง ($\bar{X}=3.95$, S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ด้านการมองโลกในแง่ดี ($\bar{X}=3.82$, S.D. = 0.52) และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}=3.63$, S.D. = 0.50) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงภาพรวมผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์”

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.63	0.50	ดีมาก
ความหวัง	3.95	0.52	ดีมาก
การมองโลกในแง่ดี	3.82	0.52	ดีมาก
ความหย่อนตัว	3.59	0.48	ดีมาก
ภาพรวมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก	3.74	0.41	ดีมาก

การเปรียบเทียบทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์”

การเปรียบเทียบทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” พบว่า ตัวแปรภูมิหลัง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบรายด้านของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชัน “อสม.ออนไลน์” และประสิทธิภาพการทำงาน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า รายด้านความหวัง มีความแตกต่างกับสถานภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของสถานภาพ พบว่า สถานภาพโสด สถานภาพสมรส/คู่ และ/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบรายด้านของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม.จำแนกตามสถานภาพ

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก	แบ่งกลุ่ม	MS	F	p-value
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	0.61	2.55	0.09
	ภายในกลุ่ม	0.24		
- ความหวัง	ระหว่างกลุ่ม	0.81	3.20	<0.05*
	ภายในกลุ่ม	0.25		
- การมองโลกในแง่ดี	ระหว่างกลุ่ม	0.63	2.37	0.10
	ภายในกลุ่ม	0.26		
- ความหยิ่งตัว	ระหว่างกลุ่ม	0.02	0.10	0.91
	ภายในกลุ่ม	0.24		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบโดย One-Way ANOVA

จากตารางที่ 2 พบว่า การเปรียบเทียบรายด้านของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. จำแนกตามสถานภาพ รายด้านของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่าง คณะผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's Method) ดังผลการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ตามตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. จำแนกตามสถานภาพ ด้านความหวัง

ความหวัง	โสด	สมรส/คู่	หม้าย/หย่า/ แยกกันอยู่
	$(\bar{X} = 3.67)$	$(\bar{X} = 3.96)$	$(\bar{X} = 4.09)$
โสด ($\bar{X} = 3.67$)		0.17	<0.05*
สมรส/คู่ ($\bar{X} = 3.96$)	0.17		0.56
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ($\bar{X} = 4.09$)	<0.05*	0.56	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบโดย One-Way ANOVA

จากตารางที่ 3 พบว่า การเปรียบเทียบรายคู่ของทูทางจิตวิทยาเชิงบวก ในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. สถานภาพโสด และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ตัวแปรที่ 1 ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ของ อสม. (Positive psychological capital) จำแนกตามเพศ พบว่า เพศแตกต่างกัน มีระดับทูทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่แตกต่างกัน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย การทำงานในบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จึงไม่แตกต่างกันไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้อาจเป็นเพราะว่าการทำงานในบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่ได้ขึ้นกับเพศหญิงหรือเพศชาย เนื่องด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงานเช่นเดียวกัน และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ขึ้นกับความตั้งใจ และความเสียสละที่จะเป็นสื่อกลางในการให้ความรู้ช่วยเหลืองานบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในชุมชน⁽⁸⁾

ตัวแปรที่ 2 ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. (Positive psychological capital) จำแนกตามอายุ พบว่า อายุแตกต่างกัน ระดับทูทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่แตกต่างกัน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่มียอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีประสบการณ์ที่เกิดจากการเรียนรู้้น้อยกว่าผู้ที่มียอายุมากกว่า 60 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ไม่แตกต่างกัน เพราะในการทำงานเป็นอาสาสมัคร



สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁽⁷⁾ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุแต่เกิดจากการมีความเสี่ยงสะสม จิตอาสาที่จะปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน และความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน⁽⁹⁾

ตัวแปรที่ 3 ด้านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. (Positive psychological capital) จำแนกตามสถานภาพ พบว่า สถานภาพแตกต่างกันมีระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และมีครอบครัวแล้วส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพต่างกัน มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีภาระหน้าที่ทางการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น ทำให้การทำงานในด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ และไม่สามารถปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานกำหนดไว้⁽⁸⁾ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพต่างกัน มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตัวแปรที่ 4 ด้านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. (Positive psychological capital) จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะว่าจุดเริ่มต้นของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้น มีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามเกณฑ์ และมีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ทั้งในกลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) และกลุ่มความรู้เฉพาะมีการกำหนดระยะเวลาการเตรียมความพร้อมก่อนการทำงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ไม่แตกต่าง และไม่มีผลกับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽¹¹⁻¹³⁾

ตัวแปรที่ 5 ด้านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. (Positive psychological capital) จำแนกตามอาชีพ พบว่า อาชีพแตกต่างกันมีระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ไม่ได้ประกอบอาชีพลูกจ้างประจำหรือพนักงานบริษัท ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่มีอุปสรรคในด้านเวลา สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้ อาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่เป็นอิสระทำให้ไม่เป็นอุปสรรค และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่^(8,14)

ตัวแปรที่ 6 ด้านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. (Positive psychological capital) จำแนกตามรายได้ พบว่า รายได้แตกต่างกันมีระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุข



ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาระหน้าที่หรือค่าใช้จ่ายทางครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ประกอบกับเขตพื้นที่ตำบลแสนสุขเป็นแหล่งท่องเที่ยวประชาชนส่วนใหญ่ได้รับรายได้หลายทาง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับรายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำธุรกิจส่วนตัว และมีรายได้ในช่วงเดียวกัน⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

ด้านที่ 7 ด้านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. (Positive psychological capital) จำแนกตามการเข้าถึงแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” พบว่าการเข้าถึงแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” แตกต่างกันมีระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ด้วยตนเอง และมีผู้อื่นช่วย ทำให้มีการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” เหมือนกัน เช่น การส่งรายงานประจำเดือนการรับรู้ข่าวสารจากหน่วยงานบริการ ต้องมีข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบนั้น สอดคล้องกับการศึกษา การประยุกต์ใช้โปรแกรมเพื่อมอบหมายงานสำหรับกลุ่มของ อสม.สามารถทำได้อย่างรวดเร็ว และทำได้เหมือนกัน ทั้งผู้ใช้งานและผู้ช่วย⁽¹⁶⁾

ตัวแปรที่ 8 ด้านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ใน อสม. (Positive psychological capital) จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน พบว่า ประสบการณ์การทำงาน แตกต่างกันมีระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นประชาชนในพื้นที่ตำบลแสนสุข มีความคุ้นเคย และเข้าถึงประชาชนในชุมชนได้ง่าย ชุมชนมีความเชื่อใจ และเชื่อมั่นในตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการเข้าถึง และสนิทสนมกับประชาชนในชุมชน ทำให้เกิดการยอมรับ⁽¹⁵⁾ และประสบการณ์การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเรื้อรังหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

ควรจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ การติดตาม และให้ความช่วยเหลือรวมถึงให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกกับปัจจัยอื่นๆ และการเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อื่น



2.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงการใช้งานแอปพลิเคชันให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่คอยให้คำปรึกษาแนะนำ และปรับปรุงข้อบกพร่องของการทำวิจัยตลอดจนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ขอขอบคุณคุณณณิรัตน์ ราชจันทร์ และคุณอัมภา สีแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยกะปิ ที่ให้การสนับสนุนในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการวิจัย ซึ่งเป็นการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ คุณวิมลรัตน์ ธนะไพบุลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้กับคณะผู้วิจัยและขอขอบคุณ คุณกรกช ตระกูลจิ่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ให้ความช่วยเหลือประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้เข้าร่วมการวิจัยทำให้วิจัยสำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานอุทยานการเรียนรู้ สบร.ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21.[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 กันยายน 2563]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.okmd.or.th/okmd-opportunity/new-gen/262>
2. กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 กันยายน 2563]; เข้าถึงได้จาก: http://phc.moph.go.th/data_center/Guideline_VHV.4.0.pdf
3. กรกช ตระกูลจิ่ง. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข [สัมภาษณ์]. นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข; 26 กันยายน 2563.
4. ภาสิต ศิริเทศ. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 20(2): 58-65.
5. ธนพัทธ จันทพิพัฒน์พงศ์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตวิทยาเชิงบวกกับการทำงานอาสาสมัครของอาสาสมัครสตรี ตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี 2561; 7: 121-132.
6. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic press; 2013.
7. บุญธรรม กิจปรีดาภิรต. คู่มือการเขียนรายงานการวิจัย และวิทยานิพนธ์, กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2551.



8. สหทัย ถึงรัตน์. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
9. ชินดา เตชะ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 328-329.
10. จักรี ปัดพี. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2561.
11. ดวงพร กัตัญญตานนท์, อมลวรรณ อนุการ, เบญจมาศ โนวัฒน์ และคณะ. การปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มจร.วิชาการ. 2561; 21(42): 1-12.
12. เฉลียว สุวรรณภู. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.หนองไฮ อ.ตำบอง จังหวัดอุบลราชธานี. สาธารณสุขอำเภอตำบอง 2561; 1-3.
13. ประมวล เหล่าสมบัติทิ และพัชนี จินชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. Journal of Arts and Science 2557; 1(1): 99-111.
14. สุดปรีชา เตียศิริวิริยะกุล. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2559.
15. วิภาพร สิทธิศาสตร์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 9(1): 28-30.
16. สมพร พูลพงษ์ และกาญจนา สดับธรรม. การศึกษาและพัฒนารูปแบบผู้นำความสำเร็จของงานสำหรับกลุ่มอาสาสมัครท้องถิ่น โดยการประยุกต์ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในการประสานงานระหว่างบุคคลและกลุ่ม. Journal of Graduate Review Nakhon Sawan Buddhist College 2563; 8(2): 123-133.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
THE EFFECTIVENESS OF EMPOWERMENT PROGRAM TO SELF BEHAVIOR OF
UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS IN BANSUAN
SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, MUEANG, CHONBURI

Received: August 05, 2023

Revised: January 07, 2024

Accepted: January 14, 2024

ปรีชา สุวรรณทอง^{1*}, อมรัตน์ ถิ่นชื้อตรง¹, สิริณา เตียวศิริ¹

Preecha Suvarnathong^{1*}, Amonrat Thinsuetrong¹, Sirinapa Teawsiri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 19 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 4 กิจกรรม ได้แก่ การค้นหาสภาพปัญหาการจัดกลุ่มการเรียนรู้ร่วมกัน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบสมมติฐานของกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาศึกษาเดือนมกราคม-มีนาคม 2566 พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 70.15 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 9.17 ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 85.10 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 6.27 มีค่าสถิติ (*t*) เท่ากับ -6.775 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า $p\text{-value} < 0.001$

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประโยชน์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา จึงควรมีการส่งเสริมและนำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้, โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

Program in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Chonburi

*Corresponding author E-mail: prchas@msn.com



Abstract

This research was a quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of empowerment on self-care behaviors of uncontrolled type 2 diabetic patients in Bansuan Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang, Chonburi. There were 19 patients participating in the research program. Data was collected using a questionnaire consisting 2 parts, general information and self-care behavior questionnaire for type 2 Diabetes patients. Four activities including defining problem, group learning, self-care behavior, as well as evaluation and termination of the program Study Data were collected from May–October 2017. The results showed that The Before experiment, the mean score of self-care behavior was 70.15 with standard deviation (S.D.) 9.17. After experiment, the mean score of self-care behavior was 85.10 with standard deviation (S.D.) 6.27. The t statistic value was -6.775 with significant difference at the p-value < 0.001

This study indicates that the empowerment program to self-behavior of uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients had beneficial for controlling blood sugar levels. They can practice self-care behavior in terms of eating. Exercise and taking medicine Therefore, it should be promoted and used further.

Keywords: uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients, empowerment program, self-care behavior



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์อันเกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งก่อให้เกิดอาการ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ภาวะแทรกซ้อนมีทั้งประเภทเฉียบพลัน เช่น หมดสติ ดิดเชื้อรุนแรง และประเภทเรื้อรัง มักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่เป็นเวลานาน ทำให้เส้นเลือดแดงขนาดเล็ก และใหญ่ แข็งและตีตัน ส่งผลให้อวัยวะหลายส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นเหตุให้อวัยวะเหล่านี้เสื่อมสมรรถภาพ พิการ หรือเสียหาย⁽¹⁻³⁾

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกลุ่มข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2559-2563 ดังนี้ คือ 14,487 ราย 14,322 ราย 14,305 ราย 16,588 ราย และ 16,388 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 22.01, 21.96, 21.87, 25.30 และ 25.05 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ^(4,5) จากสถิติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 5,284.42, 4,887.71 และ 5,483.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และในจำนวนนี้ พบว่า ร้อยละ 50.06 , 77.93 และ 85.19 ตามลำดับ⁽⁶⁾ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทั้งนี้โรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรของประเทศไทยอายุยืนขึ้น และมีการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และพลังงานสูง ร่วมกับการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย สาเหตุเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนได้⁽⁷⁾ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพสามารถส่งเสริมได้โดยการส่งเสริมพลังอำนาจที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีของ Gibson^(8,9) มาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สามารถค้นหาสภาพการณ์จริง และนำมาวิเคราะห์ สะท้อนปัญหา เพื่อการตัดสินใจ และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากนั้นส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

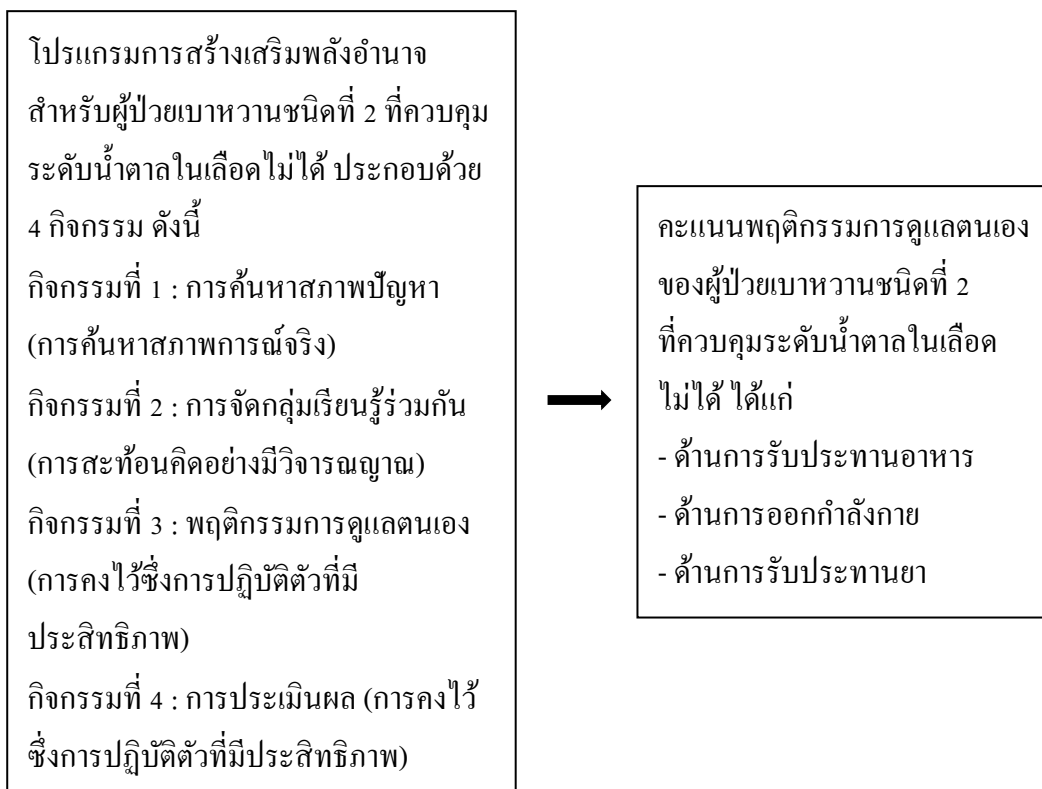
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี



การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson^(8,9) ที่มีกระบวนการซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน โดยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มเพื่อสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเรียนรู้ และฝึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทั้งด้านการดูแลรักษา และวิถีชีวิตประจำวันที่เหมาะสมต่อโรคเบาหวาน อันจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมตามกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

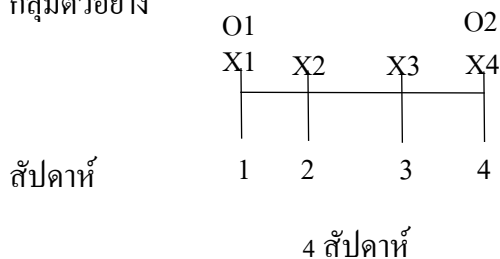


ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ในการจัดกิจกรรม ดำเนินการตามแผนภูมิการทดลองดังต่อไปนี้



กลุ่มตัวอย่าง



สัปดาห์

โดยกำหนดให้

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในสัปดาห์ที่ 1

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในสัปดาห์ที่ 4

X หมายถึง กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

X1 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การค้นหาสภาพปัญหา (การค้นพบสภาพการณ์จริง) และกิจกรรมที่ 2 การจัดกลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน (การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ)

X2-3 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ)

X4 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การประเมินผลและยุติกิจกรรม (การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีจำนวน 740 คน และได้กลุ่มตัวอย่าง 23 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากโปรแกรมทางสถิติ G*Power 3.1.9.4 ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเทคนิคการวิเคราะห์ t (pairs t-test) ใช้ Test Family เป็น t-test ได้มีการกำหนดไว้ ดังนี้ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 และค่า α ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 30-70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง



หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท (3) สามารถอ่านออกเขียนได้ (4) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และ (5) มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกลักษณะตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) บอกลึกการเข้าร่วมในการวิจัย และ (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบโปรแกรม

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวระหว่างการทดลอง 4 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Gibson^(8,9) ในการทดลอง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

(1) กิจกรรมการค้นหาสภาพปัญหา (การค้นพบสภาพการณ์จริง) (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่าง ระบายความรู้สึก ปัญหา และความต้องการของตน มีการซักถาม สุ่มถาม ความรู้ความเข้าใจระหว่างผู้บรรยายกับกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ, กิจกรรมที่ 2 การจัดกลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน (การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ) การวิเคราะห์ สะท้อนปัญหา โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อหาปัญหาในการจัดการความเจ็บป่วย ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา

(2) กิจกรรมการจัดกลุ่มการเรียนรู้ร่วมกัน (การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ) (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม การวิเคราะห์ สะท้อนปัญหา โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อหาปัญหาในการจัดการความเจ็บป่วย ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา

(3) กิจกรรมพฤติกรรม การดูแลตนเอง (การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ) (สัปดาห์ที่ 2-3) ดำเนินการกิจกรรมการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยโทรติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกในช่วงที่ผ่านมา เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ และวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

(4) กิจกรรมการประเมินผลและยุติกิจกรรม (การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ) (สัปดาห์ที่ 4) ดำเนินการกิจกรรม โดยโทรสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมในเรื่องปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตาม



แนวทางที่เลือกพร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งบอกถึงการสิ้นสุดการทำกิจกรรมพร้อมทั้งกล่าวลา

2. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administer questionnaire) ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และโรคประจำตัวอื่น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย และ 3) การรับประทานยา มีจำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และคำถามเชิงลบ 17 ข้อ ใช้มาตรวัด Rating scale 5 ระดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) กรณีคำถามเชิงลบให้คะแนนในทางกลับกัน (0-4 คะแนน) จัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง เป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับดีมาก (2.68–4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.34-2.67 คะแนน) และระดับพอใช้ (0.00-1.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence หรือ IOC) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.80

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทของพื้นที่ และลักษณะของประชากรใกล้เคียงกันกับพื้นที่ จำนวน 30 คน ได้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.707

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้ Paired t-test



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี อนุมัติเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2566 รหัสโครงการวิจัย SCPHC-IRB: 2023/S09 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 50-56 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.79 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 6.90 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.4 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 47.4 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.4 มีโรคประจำตัวอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 68.4 คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 63.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (n = 19)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
อายุ		
50 – 56 ปี	9	47.4
57 – 63 ปี	3	15.8
64 – 70 ปี	7	36.8
$\bar{X} = 58.79$, S.D.= 6.90		
เพศ		
ชาย	6	31.6
หญิง	13	68.4
สถานภาพสมรส		
โสด	5	26.3
สมรส	12	63.1
หย่าร้าง	1	5.3
หม้าย	1	5.3



ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	5.3
ประถมศึกษา	14	73.6
มัธยมศึกษา	3	15.8
อนุปริญญา	1	5.3
อาชีพ		
รับข้าราชการ	1	5.3
รับจ้าง	4	21.0
ค้าขาย	9	47.4
ประกอบอาชีพอิสระ	2	10.5
ไม่ได้ทำงาน	3	15.8
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน		
น้อยกว่า 1 ปี	4	21.0
1 ปีขึ้นไป – 5 ปี	6	31.6
มากกว่า 5 ปี	9	47.4
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	6	31.6
มี	13	68.4
ระบุโรคประจำตัวอื่นๆ		
ความดันโลหิตสูง	12	52.1
หัวใจและหลอดเลือด	1	4.4
ไขมันในเลือดสูง	9	39.1
ภูมิแพ้	1	4.4

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษา พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58 และระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 และระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32



มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับดี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 ระดับปานกลาง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.37 และระดับพอใช้ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.11 และระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 57.89

มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 97.74 และระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ในระดับดีมาก จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 19)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับประทานอาหาร	ปานกลาง (1.34-2.67 คะแนน)	13	68.42	5	26.32
	ดีมาก (2.68-4.00 คะแนน)	6	31.58	14	73.68
	รวม	19	100	19	100
ด้านการออกกำลังกาย	พอใช้ (0–1.33 คะแนน)	5	26.32	0	0
	ปานกลาง (1.34-2.67 คะแนน)	9	47.36	11	57.89
	ดีมาก (2.68-4.00 คะแนน)	5	26.32	8	42.11
	รวม	19	100	19	100
ด้านการรับประทานยา	ปานกลาง (1.34-2.67 คะแนน)	1	5.26	0	0
	ดีมาก (2.68-4.00 คะแนน)	18	94.74	19	100
	รวม	19	100	19	100

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษา พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเท่ากับ 34.26 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 9.43 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมดูแลตนเองเท่ากับ 44.26 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 5.72, มีค่าสถิติ (t) เท่ากับ -4.939, p-value < 0.001 ด้านการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเท่ากับ 13.68 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 5.00 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมดูแล



ตนเองเท่ากับ 17.42 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 3.09, มีค่าสถิติ (t) เท่ากับ -2.975, $p\text{-value} < 0.008$ และด้านการรับประทานอาหาร ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 22.21 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.14 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 23.42 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.01, มีค่าสถิติ (t) เท่ากับ -2.654, $p\text{-value} < 0.016$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 19)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ด้านการรับประทานอาหาร	34.26	9.43	44.26	5.72	-4.939	18	<0.001**
ด้านการออกกำลังกาย	13.68	5.00	17.42	3.09	-2.975	18	0.008*
ด้านการรับประทานยา	22.21	2.14	23.42	1.01	-2.654	18	0.016*

$p\text{-value} < 0.05^*$, $p\text{-value} < 0.001^{**}$

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 70.15 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 9.17 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 85.10 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 6.27, มีค่าสถิติ (t) เท่ากับ -6.775, $p\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 19)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	19	70.15	9.17	-6.775	18	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	19	85.10	6.27			



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน^(8,9) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการค้นหาสภาพปัญหา (การค้นหาพบสภาพการณ์จริง) ซึ่งการศึกษานี้ได้ดำเนินการกิจกรรมกลุ่มโดยกลุ่มตัวอย่าง ระบายความรู้สึก ปัญหา และความต้องการของตน เพื่อต้องการทราบถึงปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการจัดกลุ่มการเรียนรู้ร่วมกัน (การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ) ซึ่งการศึกษานี้ได้ดำเนินการการวิเคราะห์ สะท้อนปัญหา โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อหาปัญหาในการจัดการความเจ็บป่วยในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมพฤติกรรมดูแลตนเอง (การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ) ซึ่งการศึกษานี้ได้ดำเนินการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยโทรติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก โดยเล่าถึงปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ และวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการประเมินผล และยุติกิจกรรม (การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ) ซึ่งการศึกษานี้ได้ดำเนินการกิจกรรม โดยโทรศัพท์สอบถามให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมในเรื่องปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกพร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา กิจกรรมดังกล่าวเป็นวิธีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเอง และจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องการวิจัยของสุริชาติ มงคล⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ จำนวน 31 คน โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดก่อน-หลัง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบ และรับทราบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจที่จะรับผิดชอบ และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการจัดโปรแกรมในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่ามีระดับคุณภาพ



ชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งมีกิจกรรมในโปรแกรมฯ ที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ กิจกรรมการค้นหาสภาพปัญหา (การค้นพบสภาพการณ์จริง) และกิจกรรมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง (การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ) และสอดคล้องกับการวิจัยของอุไรวรรณ พานทอง และพัชรภรณ์ ขจรวัฒนากุล⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองระดับ HbA1C และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ จำนวน 35 คน โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้ศึกษา 16 สัปดาห์ โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประยุกต์ตามแนวคิดของกิบสัน^(8,9) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการวิจัยของเพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันทร์สุข และนันทพร ทองเต็ม⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) รวมถึงสอดคล้องกับการวิจัยของชัยณรงค์ ทรงทอง⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการเสริมพลังอำนาจในการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} = 0.02$) จึงสนับสนุนว่ากิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ได้จริงในทางปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยสามารถนำกิจกรรมจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อไปได้

2. สามารถนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย และผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันและส่งเสริม เพื่อนำไปวางแผนการจัดการโรคเบาหวานในปัญหาสาธารณสุข



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และให้คำแนะนำกับคณะผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้เข้าร่วมวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป โรคกับการดูแลรักษา และการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2551.
2. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ และคณะ. โรคเบาหวาน(Diabetes Mellitus). [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_7.pdf
3. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2554.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคตรวจค้นพบเบาหวานโลกปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคตรวจค้นพบเบาหวานโลกปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/HfK45>
6. กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/xGS62>
7. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2554
8. Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advance Nursing; 16: 354-361.
9. Gibson, C.H.(1993). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Unpublished doctoral dissertation. Boston College, Boston.



10. สุธิชาติ มงคล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]; 1(1): 1-13. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/fX2Qs>
11. อุไรวรรณ พานทอง และพัชรภรณ์ ขจรวัฒนากุล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองระดับ HbA1C และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563; 30(1): 14-24.
12. เพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันทรัฐ และนันทพร ทองเต็ม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]; 9(5): 300-312. เข้าถึงได้จาก : <https://shorturl.asia/IDCSp>
13. ชัยณรงค์ ทรงทอง. การเสริมพลังอำนาจในการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครศรี 61 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]; 1(1): 61-68. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/gJFQ9>



**คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้งาน
ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่งคำ
จังหวัดกาฬสินธุ์**

**QUALITY OF LIFE RELATED ORAL HEALTH AND ITS FACTORS ASSOCIATED
WITH WEARING DENTURE AMONG ELDERLY PATIENTS TO SERVICE IN
DENTISTRY DEPARTMENT, RONG KHAM HOSPITAL, KALASIN PROVINCE**

Received: November 13, 2023

Revised: December 27, 2023

Accepted: January 18, 2024

จุฑารัตน์ หาญอาสา^{1*}

Jutharat Hanasa^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมจากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่งคำ พ.ศ.2561-2565 กลุ่มตัวอย่าง 149 คน สุ่มแบบเป็นระบบ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน, พฤติกรรมในการดูแลและใช้ฟันเทียม และการใช้งานฟันเทียม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ด้วย Chi-Square และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ตอบแบบสอบถามกลับ ร้อยละ 93.96 ซึ่งผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.43 มีอายุเฉลี่ย 73.79 ปี และใช้งานฟันเทียมได้ปกติ ร้อยละ 50.71 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับสูง ร้อยละ 52.14 และพฤติกรรมการดูแลและใช้ฟันเทียม ระดับสูง ร้อยละ 51.42 ทั้งนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p\text{-value} = 0.020$), คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ($p\text{-value} < 0.001$), และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($p\text{-value} < 0.001$) การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาระบบการให้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุในพื้นที่

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, ฟันเทียม

¹ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Dentistry department, Rong Kham hospital, Kalasin province

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



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to the associated between quality of life in oral health and its factors with wearing denture among elderly patients to service in dentistry department, Rong Kham hospital, Kalasin province, during 2018-2022. A total sample of 149 elderly was selected by systematic random sampling. The instrument was used a questionnaire consisted of, socio-demographic data, the assessment of Oral Health Impact Profile for Edentulous Patients (OHIP-EDENT), behaviors according caring and wearing denture, wearing the denture. The data was analyzed using descriptive statistics and inferential statistic using Chi-square test and Fisher's exact test.

The results showed the response rate at 93.96%. A total of elderly was female 56.43% with mean of age at 73.79 years old. The elderly wearing denture was regular use at 50.71%, the quality of life in oral health was higher level at 52.14%, and behaviors according caring and wearing denture was higher level at 51.42%. The factors associated with wearing denture among elderly patients in the namely of monthly income ($p\text{-value} = 0.020$), quality of life in oral health ($p\text{-value} < 0.001$), and behaviors according caring and wearing denture ($p\text{-value} < 0.001$). In conclusion, the quality of life in oral health was related with wearing denture among elderly patients. Moreover, the data must to development the service of denture among the elderly patients in the setting area.

Keywords: Quality of life related oral health, Elderly, Denture



บทนำ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินสถานะทางสุขภาพ การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Quality of life related oral health) ได้ประเมินถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสถานะช่องปากและใบหน้า รวมทั้งช่องทางของการรับรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้รับอิทธิพลมาจากการประเมินของสุขภาพร่างกาย จิตวิทยา ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ด้วยเหตุนี้ จึงนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือของการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก⁽¹⁾ ซึ่งผลกระทบของสุขภาพช่องปากที่มีต่อร่างกาย จิตใจและสังคมที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ การสูญเสียฟัน เนื่องจากเป็นผลกระทบที่เกิดจากสถานะช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

สถานการณ์การสูญเสียฟันของประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2560 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60–74 ปี) พบการสูญเสียฟันเฉลี่ย 13.3 ซี่/คน และผู้สูงอายุตอนปลาย (80–85 ปี) พบการสูญเสียฟันเฉลี่ย 21.9 ซี่/คน ตามลำดับ⁽²⁾ และเมื่อเทียบเคียงข้อมูลกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ พบรายงานของผู้สูงอายุระหว่างปี 2561–2565 มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 41.43, 40.14, 39.75, 38.20 และ 37.60 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลของอำเภอรองคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มผู้สูงอายุระหว่างปี 2561–2565 มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 51.95, 53.33, 53.72, 53.97 และ 58.35 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ปัญหาการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าสถานการณ์ของประเทศ และสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพ เพื่อลดการสูญเสียฟันของกลุ่มดังกล่าวในพื้นที่ ตั้งแต่กระบวนการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ การบริการรักษาทางทันตกรรม รวมไปถึงการได้รับการฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยการใส่ฟันเทียม ทั้งนี้ การให้บริการใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลรองคำ ในระหว่างปี 2561–2565 พบข้อมูลการให้บริการใส่ฟันเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้ ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 47 ราย (46 ซี่) ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 49 ราย (47 ซี่) ปีพ.ศ. 2563 จำนวน 31 ราย (31 ซี่) ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 31 ราย (28 ซี่) และ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 43 ราย (40 ซี่) รวมทั้งสิ้นการใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลรองคำ จำนวน 245 ราย⁽³⁾

จากข้อมูลของการสูญเสียฟันของประชาชนในพื้นที่ นำไปสู่ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก และการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนที่มีการสูญเสียฟัน รวมทั้งจำนวนของผู้เข้ารับบริการใส่ฟันเทียมทดแทนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการใช้งานฟันเทียมของผู้เข้ารับบริการ ทั้งในด้านของความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากภายหลังการได้รับฟันเทียมในหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันมีการนำเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน (The Oral Health Impact Profile for Edentulous Patients; OHIP-EDENT) ตามแนวคิดของ Allen F. & Locker D.⁽⁴⁾



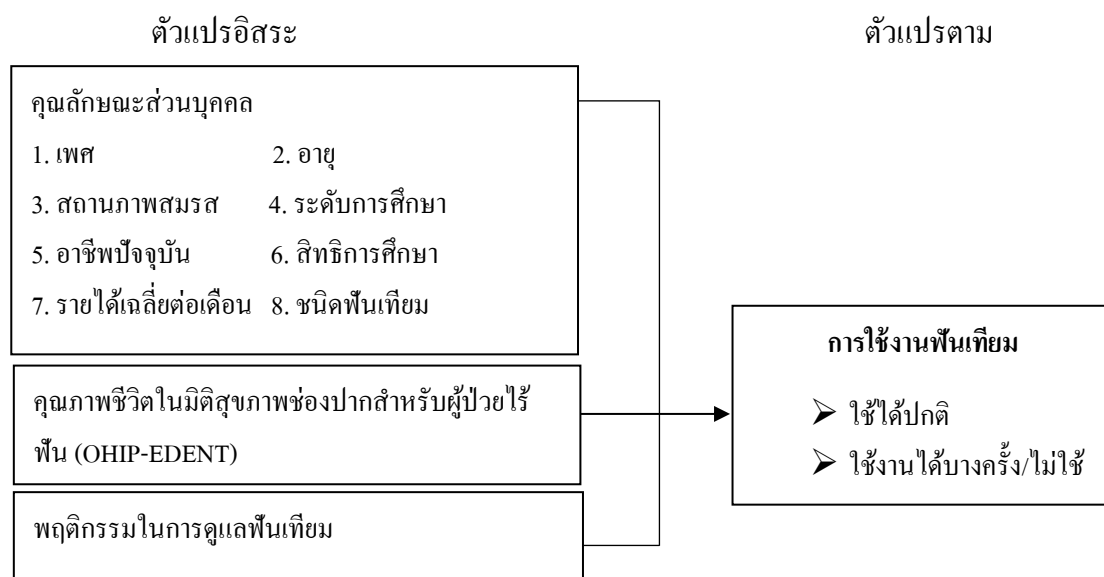
ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ คือ การจำกัดในหน้าที่ (Functional impairment) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain) ความไม่สะดวกสบายทางจิตใจ (Psychological discomfort) การไร้ความสามารถทางกายภาพ (Physical disability) การไร้ความสามารถทางจิตใจ (Psychological disability) การไร้ความสามารถทางสังคม (The Limits of socialization) และความพิการ หรือด้อยโอกาส (Handicaps) ซึ่งนำมาประกอบร่วมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ฟันเทียมของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่งคำ ระหว่างปี 2561-2565 เพื่อนำผลของการศึกษาในครั้งนี้ มาพัฒนาระบบการให้บริการ และประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมในพื้นที่อำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมจากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่งคำ ในปี พ.ศ.2561-2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมจากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่งคำ ในปี พ.ศ. 2561-2565 ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study) ประชากรของการศึกษาคือเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการใส่ฟันเทียม ของโรงพยาบาลร่งคำ ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2565 (มกราคม 2561-ธันวาคม 2565) จำนวน 245 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในสูตรกรณีทราบจำนวนประชากรของ Wayne WD.⁽⁵⁾ โดยอ้างอิงข้อมูลการศึกษาของ รัชนิวรรณ ภูมิสะอาด และวรา มณีลังกา⁽⁶⁾ ดังนี้

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

โดยที่ N คือ ขนาดประชากร = 245 คน, P คือ สัดส่วนของประชากรที่ใช้ฟันปลอม = 0.44, Z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนด หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ $0.05 = 1.96$, α คือ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง = 0.05, และ d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ = 0.05 ซึ่งแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{245(0.44)(1-0.44)(1.96)^2}{(0.05)^2(245-1) + 0.44(1-0.44)(1.96)^2} \approx 148.59 = 149 \text{ คน}$$

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ จำนวน 149 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงรายชื่อของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมตามลำดับวันที่ใส่ฟันเทียม โดยกำหนดช่วงสุ่ม คือ ประชากรทั้งหมดหารด้วยจำนวนตัวอย่าง ดังนี้ ประชากรที่ใส่ฟันปลอม (N) 245 คน ต้องการตัวอย่าง (n) จำนวน 149 คน จะคำนวณได้เท่ากับ $245/149 = 1.64 \approx 2$ คน ยกตัวอย่าง ครั้งแรกจับได้หมายเลข 2 ตัวอย่างต่อไป คือ 4, 6, 8 ไปเรื่อยๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการใส่ฟันเทียมจากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่งคำ ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2565 (2) อาศัยอยู่ในอำเภอองคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ และ (3) สามารถสื่อสารหรืออ่าน-เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธให้ข้อมูล, ผู้ต้องการออกจากการศึกษา, ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่า มีปัญหาทางสุขภาพร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบัน ลิขสิทธิ์การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของฟันเทียม และการใช้งานฟันปลอมในปัจจุบัน



ส่วนที่ 2 การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน (The Oral Health Impact Profile for Edentulous Patients; OHIP-EDENT) ตามแนวคิดของ Allen F. & Locker D.⁽⁴⁾ โดยเลือกใช้ดัชนี OHIP-EDENT รูปแบบภาษาไทยของ พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะ⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ คือ การจำกัดในหน้าที่ (Functional impairment) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain) ความไม่สะดวกสบายทางจิตใจ (Psychological discomfort) การไร้ความสามารถทางกายภาพ (Physical disability) การไร้ความสามารถทางจิตใจ (Psychological disability) การไร้ความสามารถทางสังคม (The Limits of socialization) และความพิการ หรือด้อยโอกาส (Handicaps) ซึ่งในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก โดยสร้างตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด (4 คะแนน), มาก (3 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน), น้อย (1 คะแนน) และ น้อยที่สุด (0 คะแนน) โดยวัดผลตามเกณฑ์การประเมินของ Locker D., et al.⁽⁸⁾ ด้วยค่ามัธยฐาน ซึ่งค่าตั้งแต่มัธยฐานขึ้นไป และ ค่าน้อยกว่ามัธยฐาน ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งระดับ ดังนี้ ค่าตั้งแต่ 0.38 ขึ้นไป คือ ระดับต่ำ และค่าน้อยกว่า 0.38 คือ ระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลและใช้ฟันเทียม ซึ่งในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก โดยสร้างตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การตอบแบบสอบถามจะมีคำถามให้ผู้ตอบเลือกประมาณ 5 อันดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด (4 คะแนน), มาก (3 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน), น้อย (1 คะแนน) และน้อยที่สุด (0 คะแนน) โดยวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best⁽⁹⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 2.68–4.00) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 1.34–2.67) และระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 0.00–1.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามวิจัยครั้งนี้โดยพิจารณาความตรงทางเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 และพิจารณาความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน มีค่าเท่ากับ 0.97 และพฤติกรรมในการดูแลและใช้ฟันเทียม มีค่าเท่ากับ 0.87 ซึ่งค่าที่มีผลตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ถือว่าเครื่องมือผ่านการพิจารณาความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเพื่ออธิบาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ด้วย Chi-square test โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ในกรณีหากละเมิดข้อตกลงทางสถิติ จะดำเนินการทดสอบด้วย Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ใบรับรอง KLS.REC 61/2566 ลงวันที่ 22 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ทั้งหมด 149 คน โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีอัตราการตอบแบบสอบถามกลับ (Response rate) จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 93.96 ซึ่งมีรายละเอียดสอดคล้องผลการวิจัยตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.43 มีอายุเฉลี่ย 73.79 ปี (S.D. = 6.52) ส่วนใหญ่ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.00, สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.71, ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.29, ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.14, สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 67.14, และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,915.71 บาท (S.D. = 7,616.34) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,500 บาท ร้อยละ 62.86 ตามลำดับ

2. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ พบว่า การจำกัดในหน้าที่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.58, ความเจ็บปวดทางกายภาพ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.06, ความไม่สะดวกสบายทางจิตใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.72, การไร้ความสามารถทางกายภาพ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.15, การไร้ความสามารถทางจิตใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.54, การไร้ความสามารถทางสังคม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.42 และความพิการ หรือด้อยโอกาส 0.50 ทั้งนี้ ภาพรวมของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0.38 โดยแบ่งเป็นระดับสูง ร้อยละ 47.86 และระดับต่ำ ร้อยละ 52.14 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมในการดูแลและใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 โดยแบ่งเป็นระดับสูง ร้อยละ 51.42, ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.29 และระดับต่ำ ร้อยละ 14.29 ตามลำดับ



4. การใช้งานในฟันปลอมในปัจจุบันของผู้สูงอายุ พบว่า ฟันปลอมบน ส่วนใหญ่เป็นฟันปลอมทั้งปาก ร้อยละ 57.14 และฟันปลอมล่าง ส่วนใหญ่เป็นฟันปลอมทั้งปาก ร้อยละ 57.14 เช่นเดียวกัน โดยลักษณะการใช้งานปัจจุบัน ใช้งานได้ปกติ ร้อยละ 50.71 ใช้งานได้แต่ไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 30.00 และไม่ใช้งานเลย ร้อยละ 19.29 ตามลำดับ โดยในการศึกษารั้งนี้ แบ่งกลุ่มโดย กลุ่มใช้งานได้ปกติ ร้อยละ 50.71 และกลุ่มใช้งานได้แต่ไม่สมบูรณ์/ไม่ใช้งานเลย ร้อยละ 49.29 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม ทดสอบด้วย Chi square ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($X^2 = 5.38$, p-value = 0.020) และทดสอบด้วยฟิชเชอร์ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (p-value < 0.001), และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพปัจจุบัน, และสิทธิการรักษา ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การใช้งานในฟันปลอมในปัจจุบันของผู้สูงอายุ (n = 140)

การใช้งานฟันเทียม	จำนวน	ร้อยละ
ใช้งานได้ปกติ	71	50.71
ใช้งานได้ แต่ไม่สมบูรณ์	42	30.00
ไม่ได้ใช้ฟันเทียม	27	19.29

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ (n = 140)

ปัจจัย	ทั้งหมด (n,)	ใช้ได้ปกติ (n, %)	ใช้ไม่ดี/ไม่ใช้ (n, %)	X^2	p-value
เพศ				1.92	0.166
ชาย	61	35 (57.38)	26 (42.62)		
หญิง	79	36 (45.57)	43 (54.43)		
อายุ (ปี)				1.86	0.172
< 70 ปี	42	25 (59.52)	17 (40.48)		
≥ 70 ปี	98	46 (46.94)	52 (53.06)		
สถานภาพสมรส				0.44	0.505
คู่สมรส	99	52 (52.53)	47 (47.47)		
เดี่ยว (โสด, หม้าย, หย่า/แยก)	41	19 (46.34)	22 (53.66)		



ปัจจัย	ทั้งหมด (n,)	ใช้ได้ปกติ (n, %)	ใช้ไม่ได้/ไม่ใช้ (n, %)	χ^2	p-value
ระดับการศึกษา				0.11	0.735
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	112	56 (50.00)	56 (50.00)		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	28	15 (53.57)	13 (46.43)		
อาชีพปัจจุบัน				1.00	0.316
เกษตรกร/รับจ้าง	87	47 (54.02)	40 (45.98)		
ทำงานบ้าน/ข้าราชการบำนาญ/ค้าขาย	53	24 (45.28)	29 (54.72)		
สิทธิการรักษาพยาบาล				0.36	0.547
Non UC	46	25 (54.35)	21 (45.65)		
UC	94	46 (48.94)	48 (51.06)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				5.38	0.020*
< 2,500 บาท	88	38 (43.18)	50 (56.82)		
≥ 2,500 บาท	52	33 (63.46)	19 (36.54)		
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก				-	< 0.001**
ระดับต่ำ (Median ≥ 0.38)	67	53 (79.10)	14 (20.90)		
ระดับสูง (Median < 0.38)	73	18 (24.66)	55 (75.34)		
พฤติกรรมดูแลและใช้ฟันเทียม				-	< 0.001**
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.68-4.00)	72	44 (61.11)	28 (38.89)		
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.34-2.67)	48	26 (54.17)	22 (45.83)		
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00-1.33)	20	1 (5.00)	19 (95.00)		

* ทดสอบความสำคัญทางสถิติด้วย Chi square

** ทดสอบความสำคัญทางสถิติด้วย Fisher exact

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม มีอัตราการตอบแบบสอบถามกลับ ร้อยละ 93.96 ซึ่งผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.43 มีอายุเฉลี่ย 73.79 ปี และใช้ฟันเทียมในการใช้งานได้ปกติ ร้อยละ 50.71 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับสูง ร้อยละ 52.14 และพฤติกรรมดูแลและใช้ฟันเทียม ระดับสูง ร้อยละ 51.42 ทั้งนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (p-value = 0.020), คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (p-value < 0.001), และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก (p-value < 0.001)



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมจากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่งคำ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ใช้งานฟันปลอมปัจจุบัน มีฟันปลอมใช้งานได้ปกติ ร้อยละ 50.71 และกลุ่มใช้งานได้แต่ไม่สมบูรณ์/ไม่ใช้งานเลย ร้อยละ 49.29 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Limpuangthip N, et al.⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้สูงอายุไม่ยอมรับคุณภาพการใช้งานของฟันเทียม ร้อยละ 49.20 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ หรือผลลัพธ์ต่ำกว่าการศึกษาของ พิมพิวิภา เศรษฐวรพันธ์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า คุณภาพของฟันเทียมผู้สูงอายุที่มีการใช้งานดีในผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.00 หรือ การศึกษาของ ภาณุศักดิ์ อินทสระโร⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้งานฟันเทียมประจำ ร้อยละ 92.60 ทั้งนี้ ปัญหาของการใส่ฟันเทียมจากการพบทวนวรรณกรรมเกิดจาก ความลำบากในการเคี้ยวอาหาร มีอาการเจ็บหรือปวดในบางตำแหน่งหรือทั้งช่องปาก รวมถึงการบวมและอักเสบของเหงือกและเนื้อเยื่อในช่องปาก บางรายอาจส่งผลต่อการติดเชื้อในช่องปาก จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายหลังจากใส่ฟันปลอมแล้วพบปัญหา จึงเลือกที่จะใช้ฟันปลอมบางครั้งหรือไม่ใช้ฟันปลอมเลย⁽¹²⁾

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ ภายหลังที่ใส่ฟันเทียม มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ระดับสูง ร้อยละ 52.14 หรือมีค่าเฉลี่ย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุศักดิ์ อินทสระโร⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับสูง และทุกองค์ประกอบส่วนใหญ่การประเมินผลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ยกเว้นพบการระคายเคืองในช่องปาก มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ทั้งนี้ ในการศึกษาครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ พิมพิวิภา เศรษฐวรพันธ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม ด้วยการประเมินด้วย OHIP-EDENT พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.9 ทั้งนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม จะพบผลกระทบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใส่ฟัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมมีความสามารถในการเคี้ยวอาหาร รวมทั้งเกิดความมั่นใจทางกายภาพ จิตใจ สังคม และดำเนินกิจวัตรอย่างสะดวกสบาย ช่วยเสริมสร้างบุคลิกภาพของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทดแทนฟันจริง⁽¹⁶⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (p -value = 0.020), คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (p -value < 0.001), และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก (p -value < 0.001) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ ต้นยะ และคณะ พบว่า รายได้ที่น้อยกว่า 2,500 บาท พบความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียม แต่ทั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ รัชนิวรรณ ภูมิสะอาด และวรา มณีลังกา⁽⁶⁾ พบว่า รายได้มีพบความสัมพันธ์ต่อการใช้งานฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.88 ทั้งนี้ ในส่วนของปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมของ



ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shaik PS., et al.⁽¹³⁾ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และฟันเทียมที่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 ทั้งนี้ พบว่าการศึกษาของ ภาณุศักดิ์ อินทสระโร พบว่า พฤติกรรมการใช้ฟันเทียมส่งผลต่อความพึงพอใจ ของการใช้งานของฟันเทียมในผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน และปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yen, YY., et al.⁽¹⁴⁾ พบว่า ระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบความสัมพันธ์ต่อการใช้ฟันเทียมของ ผู้สูงอายุ หรือการศึกษาของ Shaik PS., et al.⁽¹³⁾ พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่มี ความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.028 นอกจากนี้ ข้อสรุปจากการทบทวนแบบเป็นระบบ (Systematic review) ของ Mongkoldaeng T., et al.⁽¹⁵⁾ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ความมั่นคงและการยึดเกาะของกระดูกขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง ความสามารถในการ เคี้ยวอาหาร และความสวยงาม ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่ ต้องการใส่ฟันเทียมนั้น ควรส่งเสริมรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้มารับบริการทางทันตกรรม⁽¹⁷⁾ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันตกรรม และได้รับการใส่ฟันเทียมทดแทนการสูญเสียฟัน เพื่อเกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับฟันเทียมต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ยังขาดการศึกษาในบางปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการใช้งานฟันเทียม ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้และการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใช้งานฟันเทียม รวมไปถึงประสิทธิภาพ ของฟันเทียมที่มีผลต่อการใช้งานของฟันเทียมของผู้สูงอายุ รวมทั้งเทคนิค และกระบวนการในการทำ ฟันเทียมของทันตแพทย์ ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมในพื้นที่อำเภอร่องคำ จังหวัด กาลสินธุ์เท่านั้น ดังนั้น ควรศึกษากับผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด เพื่อให้ได้ ผลลัพธ์ของภาพรวมการดำเนินงานการให้บริการฟันเทียม และประสิทธิภาพของการใช้งานฟันเทียม ของผู้สูงอายุในภาพรวมของจังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของฟันเทียม รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมเฉพาะราย หรือผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการใส่ฟันเทียมแล้ว ไม่ใช้งาน เพื่อให้เห็นถึงคุณภาพของการให้บริการ และประสิทธิผลของฟันเทียมภายหลังที่เข้ารับ บริการแล้ว เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงเทคนิค กระบวนการ และรูปแบบการให้บริการฟันเทียมแก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. Sisco L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. J Dent Res 2011; 90: 1264-70.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด; 2561.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://hdcksn.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5
4. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. Int J Prosthodont 2002; 15: 446-50.
5. Wayne, W. D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. John Wiley & Sons, Inc.; 1995.
6. รัชนิวรรณ ภูมิสะอาด และวรายา มณีลังกา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลชาสูง อำเภอชาสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2564; 32(1): 89-102.
7. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธ์, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, และไพฑูรย์ คาวสคไส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. J DENT ASSOC THAI 2014; 64(1): 26-46.
8. Locker D, Matear D, Stephens M, et al. Comparison of GOHAU and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 29: 373-81.
9. Best, J.W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
10. Limpuangthip N., Somkotra T., and Arksornnukit. Impact of Denture Retention and Stability on Oral Health-Related Quality of Life, General Health, and Happiness in Elderly Thais. Current Gerontology and Geriatrics Research 2019; Article ID 3830267, 8 pages, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/3830267>
11. ภาณุศักดิ์ อินทสระโร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565; 28(2): e259620.



12. Singh H, Sharma S, Singh S, Wazir N, Raina R. Problems faced by complete denture-wearing elderly people living in jammu district. J Clin Diagn Res 2014; 8(12): ZC25-7.
13. Shaik PS, Medapati A., Pachava S., et al. Impact of denture on oral health-related quality of life in assisted living facility elder, Guntur District, Andhra Pradesh. J Indian Assoc Public Health Dent 2022; 20: 241-6.
14. Yen, YY., Lee, HE., Wu, YM. et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. BMC Oral Health 2015;15(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6831-15-1>
15. Mongkoldaeng T., Sandee R., Chatiketu P., et al. The Quality of Denture Influencing Oral-Health-Related Quality of Life in Complete Denture Wearing Older Adults: A Systematic Review. CM Dent J 2022; 43(3): 13-22.
16. ณฤดี ล้อมปวงทิพย์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. J DENT ASSOC THAI 2019; 69(4): 369-78.
17. ธันวาท อินทรสุขสันติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(2): 104-15.



ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

THE EFFECTS OF PSYCHO-EDUCATION PROGRAM ON THE DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG ELDERLY, BANG PAKONG DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE

Received: November 21, 2023

Revised: January 30, 2024

Accepted: February 07, 2024

นิตยา ยวงเดชกล้า^{1*}, อภิญญา ตันเจริญ¹

Nittaya Yuangdetkla^{1*}, Apinya Tancharoen¹

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวม การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามาระดับเล็กน้อย และปานกลาง 32 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 6 ครั้งๆ ละ 1.30 ชั่วโมง/สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ประเมินก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่าง 2 กลุ่ม โดยสถิติ Chi-square และ paired sample t-test

ผลวิจัย พบ ผู้สูงอายุเพศหญิงซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่ซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนภาวะซึมเศร้ามาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล คะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง และในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าได้ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามาประยุกต์ใช้ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคซึมเศร้า, สุขภาพจิตศึกษา

¹ โรงพยาบาลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

Bang Pakong Hospital, Bang Pakong District, Chachoengsao Province

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



Abstract

Depression in the elderly is an important problem that effects overall health. This research aimed to determine the factors associated with depression in the elderly and to examine the impact of a psychoeducation program on their depressive symptoms. Thirty-two elderly patients with mild and moderate depression were included in this study. The patients were randomly assigned to either the experimental or control groups, with 16 patients in each group. The experimental group underwent a six-session psychoeducation program, with sessions scheduled at 1.30 hours per week, while the control group received a standard care. Depressive symptoms were assessed using the 9Q questionnaire both before and after the experiment as well as at the 3-month follow -up. Data were analyses using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Chi-square and paired sample t-test were used to statistically determine the differences between groups.

The results showed a higher number of female elderly individuals with depression compared to males. The majority of the participants experienced mild depression. Factors associated with depression include gender, income sufficiency, family relationships, and self-esteem. Elderly patients with depression who received the psychoeducation program demonstrated significantly lower depression scores than those in the control group at post experimental ($p\text{-value} < 0.05$), and follow-up periods ($p\text{-value} < 0.05$). The depression scores of the experimental group were not different between the post-experimental and the follow-up periods.

Psychoeducation program are effectively alleviated depressive symptoms, demonstrating its potential to reduce depressive symptoms in elderly patients.

Keywords: elderlies, depressive disorder, psycho-education



บทนำ

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 การเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ การที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ โดยข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ ในปี 2565 พบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.21⁽²⁾

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 7⁽³⁾ สถานการณ์ในไทย ซึ่งรวบรวมโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบผู้สูงอายุป่วยโรคซึมเศร้าแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2561 พบผู้สูงอายุป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.42 และปี 2562 ร้อยละ 3.49⁽⁴⁾ การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน จนเป็นภาระให้กับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มซึมเศร้าสูงกว่าวัยอื่น และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้⁽⁵⁾

ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ กรรมพันธุ์ สารสื่อประสาทผิดปกติ บุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน ความรู้สึกสิ้นหวัง และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สังคมและวัฒนธรรม การประสบเหตุร้าย การสูญเสียบุคคลที่รัก และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม⁽⁶⁾

สถิติผู้สูงอายุของอำเภอบางปะกง พบโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 63 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁽⁷⁾ ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะส่งผลต่อการดูแลโรคเรื้อรังจนไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ เมื่อวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าของอำเภอบางปะกงพบว่า มีการคัดกรองซึมเศร้าได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพในชุมชน แต่ยังขาดการดูแลด้านจิตใจที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยยังคงซึมเศร้า บางรายคิดฆ่าตัวตาย และยังคงพบผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จปีละ 1-3 คน ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุในเขตอำเภอบางปะกง ได้เห็นความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จึงได้นำแนวความคิดสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่งมาจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า การรักษา และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเป็นการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งคาดว่าจะการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีความรู้ และตระหนักในอารมณ์ซึมเศร้าของตนเอง สามารถควบคุม และจัดการกับอารมณ์ได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวัน และเผชิญอาการซึมเศร้าที่มีอยู่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัย และพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 วิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยนำผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะที่ 1 มาใช้เป็นส่วนประกอบในการสร้างโปรแกรม ซึ่งเป็นรูปแบบการทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ และรูปแบบของกิจกรรมที่จัดขึ้น ครั้งที่ 2) การให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า ครั้งที่ 3) การฝึกทักษะการจัดการปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ไขปัญหาในกลุ่ม ครั้งที่ 4) การฝึกสติรู้กำหนดลมหายใจ เพื่อช่วยจัดการความเครียด ครั้งที่ 5) การฝึกทักษะการสร้างคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมทัศนคติต่อตนเองทางบวก ครั้งที่ 6) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม กิจกรรมสร้างมิตรภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบางสมัครเข้าร่วมในการทำกิจกรรม ดำเนินการทดลอง ดังนี้

- ระยะก่อนทดลอง ทำ Pre-test กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q

- ระยะทดลองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลอง ฝึกอบรมด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 1.30 ชั่วโมง/สัปดาห์ 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ

- ระยะหลังทดลอง ทำ Post-test กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q

- ระยะติดตามผล ประเมินหลังทดลอง 3 เดือน ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม นำข้อมูลที่ได้ทั้ง 3 ระยะ มาตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวน 1,672 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane⁽⁸⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 คำนวณกลุ่มตัวอย่าง 323 คน และผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2 เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 คน



ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปานกลาง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ได้มีคะแนน 7-18 ทำการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวน 32 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พัฒนาขึ้นโดยฉรรณิทธิ์ กองสุข และคณะ⁽⁹⁾ แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (Revised Thai Rosenberg Self-Esteem Scale) ของทินกร วงศ์ปาริณย์ และคณะ⁽¹⁰⁾ และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา ชื่นเนตร⁽¹¹⁾

2. พัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson CM และคณะ⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร 2) การให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า 3) การฝึกทักษะการจัดการปัญหา 4) การฝึกสติรู้กำหนดลมหายใจ 5) การฝึกทักษะการสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง 6) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟารอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น IOC เท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลด้วย Chi-square test

2. การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลโดยการทดสอบ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฉะเชิงเทรา เลขที่ 023/2566 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการวิจัย และสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อน เข้าร่วมการวิจัย



ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของประชากร

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 330 ราย พบเพศหญิง ร้อยละ 61.81 เพศชาย ร้อยละ 38.19 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 44.54 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.42 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.76 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.27 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า พบซึมเศร้า ร้อยละ 24.85 ส่วนใหญ่ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 87.80 ซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 9.76 และระดับรุนแรง ร้อยละ 2.44 โดยเพศหญิงซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

ข้อมูลประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	126	38.19
หญิง	204	61.81
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	147	44.54
70-79 ปี	108	32.73
80 ปีขึ้นไป	75	22.73
สถานภาพ		
โสด	30	9.09
คู่	206	62.42
หย่า, หม้าย, แยกกันอยู่	94	28.49
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	25	7.58
ระดับประถมศึกษา	283	85.76
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	22	6.66
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	141	42.73
ไม่เพียงพอ	189	57.27
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	248	75.15
มี	82	24.85



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.241$, $p\text{-value} < 0.001$) 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 17.05$, $p\text{-value} < 0.01$) 3) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 20.47$, $p\text{-value} < 0.001$) 4) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 15.62$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		X ²	p-value
	n = 248		n = 82			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	106	84.13	20	15.87	11.241	< 0.001*
หญิง	142	69.61	62	30.39		
อายุ (ปี)						
60-69 ปี	118	80.27	29	19.73	4.051	0.130
70-79 ปี	75	69.66	33	30.56		
80 ปี ขึ้นไป	55	73.33	20	26.67		
สถานภาพสมรส						
โสด	24	80.00	6	20.00	7.670	0.0504
คู่	162	78.64	44	21.36		
หย่า, หม้าย, แยกกันอยู่	62	65.96	32	34.04		
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	19	76.00	6	24.00	1.752	0.392
ระดับประถมศึกษา	213	75.27	70	24.37		
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	16	72.73	6	27.27		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	122	86.53	19	13.47	17.05	< 0.01*
ไม่เพียงพอ	126	66.67	63	33.33		

*Significant level 0.05



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว

ปัจจัย	จำนวน	คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	F	p-value
	(ราย)	Mean ± SD		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง				
ระดับต่ำ	52	21.58 ± 7.22	20.47	< 0.001*
ระดับปานกลาง	222	16.32 ± 5.57		
ระดับสูง	56	10.40 ± 5.04		
สัมพันธภาพในครอบครัว				
ระดับต่ำ	55	20.89 ± 5.92	15.62	< 0.001*
ระดับปานกลาง	227	15.64 ± 6.13		
ระดับสูง	48	12.70 ± 5.52		

*Significant level 0.001

2. เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง เท่ากับ 87.78 ± 2.05 กลุ่มควบคุม เท่ากับ 86.63 ± 1.52 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ สามารถเป็นตัวแทนกันได้ คะแนนซึมเศร้าระยะหลังทดลอง ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 80.92 ± 1.56 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 85.82 ± 1.36 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.007$) คะแนนซึมเศร้าระยะติดตามผลในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 80.35 ± 1.43 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 84.92 ± 1.41 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.005$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

คะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ระยะก่อนทดลอง	87.78	2.05	86.63	1.52	0.625	0.31
ระยะหลังทดลอง	80.92	1.56	85.82	1.36	11.68	0.007*
ระยะติดตามผล	80.35	1.43	84.92	1.41	12.448	0.005*

*Significant level 0.05 $\bar{X}$: ค่าเฉลี่ย SD: ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะเวลา	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
หลังการทดลอง	80.92	1.56	5.007	0.415
ระยะติดตามผล	80.35	1.43		

*Significant level 0.05 $\bar{X}$: ค่าเฉลี่ย SD: ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยส่วนใหญ่ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง และติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง และติดตามผลไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ พบผู้สูงอายุซึมเศร้า ร้อยละ 24.85 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของมินตรา สารรักษ์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 แต่พบว่า แตกต่างจากการศึกษาของอาคม บุญเลิศ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.9

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ โดยพบเพศหญิงซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์ พุทธิเมตตา และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่เชื่อว่าผู้หญิงอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ความเพียงพอของรายได้ ผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอ เพิ่มการเกิดซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ความกังวลเรื่องการเงินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 3) สัมพันธภาพในครอบครัว ในครอบครัวที่สัมพันธภาพไม่ดี เพิ่มการเกิดซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของชมฉวรรณ ฉัตรเงิน⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ครอบครัวที่ขัดแย้งกัน ทำให้ผู้สูงอายุขาดที่พึ่ง 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุติกร ดันดิชัยวนิช⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธ์กับการตระหนักรู้ในค่าของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ



เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สามารถเป็นตัวแทนเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มได้

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ และคณะ⁽¹⁸⁾, Casañas R. และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson CM และคณะ⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยอภิปรายผล ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สร้างแรงจูงใจ ทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกิจกรรมที่จัดขึ้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม องค์ประกอบที่ 2 การให้ความรู้ มี 2 กิจกรรม คือ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2) การฝึกทักษะจัดการความเครียด ฝึกสติกำหนดลมหายใจ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และผลต่อสุขภาพของโรคซึมเศร้า วิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี องค์ประกอบที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการปัญหา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีการบ้านอย่างง่ายให้ผู้สูงอายุฝึกค้นหาความคิดทางลบ การหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ และสนับสนุนความคิดทางบวก แล้วนำมาแลกเปลี่ยนในกลุ่ม ทำให้ได้เรียนรู้ และฝึกประสบการณ์จริง ช่วยในการค้นหาสาเหตุ และจัดการกับปัญหา เพื่อลดอาการซึมเศร้าอย่างเหมาะสม⁽²⁰⁾ องค์ประกอบที่ 4 การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา คือ กิจกรรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุแต่ละคนเผชิญปัญหาได้แตกต่างกัน ขึ้นกับประสบการณ์ และเทคนิคในการปรับความคิด และพฤติกรรม การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเคารพตนเอง มองตนเองอย่างมีคุณค่า ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁽²¹⁾ องค์ประกอบที่ 5 การสร้างเครือข่ายทางสังคม เพราะการขาดแหล่งสนับสนุนหรือการช่วยเหลือทางสังคมทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าต้องมีเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือ คอยให้กำลังใจ ภายหลังดำเนินการทดลองผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น ทำให้ซึมเศร้าลดลง เนื่องจากได้ฝึกสติกำหนดลมหายใจ เมื่อมีความเครียดเข้ามา การรู้ทันความคิด และอารมณ์แล้วปล่อยวาง จะทำให้ผ่อนคลาย กิจกรรมสติการรับรู้กำหนดลมหายใจสอดคล้องกับแนวคิดหลักการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมของ Beck AT และคณะ⁽²²⁾ ที่อธิบายว่า ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของเรามีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน หากเป็นความคิดด้านลบจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

ส่วนระยะติดตามผล ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนซึมเศร้าในระยะหลังทดลองกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีความรู้ในการเสริมสร้างทักษะต่างๆ จากการเรียนรู้ กิจกรรมแล้ว สามารถเลือกได้ว่าการกระทำใดที่ควรนำมาปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองอยู่อย่างมีความสุข ก็จะคงการกระทำนั้นๆ ไว้ กล่าวได้ว่า การจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการเรียนรู้



แบบยึดกลุ่มผู้เรียนรู้เป็นศูนย์กลาง และฝึกฝนทักษะต่างๆ ด้วยตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้นำมาวิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จนเกิดความเข้าใจ ฝึกการเผชิญปัญหา รู้จักสังเกตวิธีการแก้ปัญหา และประยุกต์ใช้ในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดความชำนาญกลายเป็นทักษะในการปฏิบัติตนต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมคงทนในการควบคุมภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ ถึงแม้ว่าระยะเวลาห่างไป 3 เดือน หลังจากจบโปรแกรมแล้วก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของวราพร ศรีภิรมย์ และคณะ⁽²³⁾ ที่พบคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง อัตราการขาดการรักษาลดลง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ซึมเศร้าในกลุ่มอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการลดภาวะซึมเศร้า
2. ควรส่งเสริมให้บุคลากรในเครือข่าย ฝึกทักษะ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อนำไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวก

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางสมัคร กลุ่มงานจิตเวช และอาสาสมัคร ที่ให้การช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ระบบคลังข้อมูลสถิติ (Statistical Data Warehouse System) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://nsodw.nso.go.th/dwportal/Item>
2. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/know/side/1/1/1962>
3. World Health Organization. Mental Health of older adults [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>



4. Prasimahabodi Psychiatric Hospital. Report of patients with depressive disorder who access the medical service [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 30]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/
5. มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558; 58 (พิเศษ): 18-29.
6. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้าปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 3: 24-31.
7. Bangpakong Hospital, Chachoengsao Province (TH). Information of elderly health in the Bangpakong Hospital, fiscal year 2021. Chachoengsao: Chachoengsao Province Public Health Office; 2022. (in Thai)
8. Yamane, T. (1967) Statistics: An Introductory Analysis. 2nd Edition, Harper and Row, New York.
9. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาว, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 4: 321-34.
10. Wongparakan T, Wongpakaran N. Revised Thai Rosenberg self-esteem scale. [Internet]. Chiangmai: Faculty of medicine, Chiangmai university 2022 [Cited 2023 Feb 1] Available from: <http://www.pakaranhome.com/index.php?lay=show&ac=article&id=2147596642>
11. พวงผกา ชื่นแสงเนตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
12. Anderson CM, Hogart GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophr Bull. 1980; 6(3): 490-505.
13. มินตรา สารรักษ์, ญณา จันทร์ทรง, สุพรรณยา ชูตระกูลกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ใน : การประชุมวิชาการระดับชาติ มอ. วิจัย ครั้งที่ 16; วันที่ 11-12 กรกฎาคม 2565; ณ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัย ; 2565. หน้า 241-51.



14. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน
เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร
2559; 31(1): 25-33.
15. มุจรินทร์ พุทธเมตตา, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559;
30(2): 69-82.
16. ชมลวรรณ นัตรเงิน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใน
คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2564; 12(2):
152-66.
17. ชุติไกร ตันดิษฐ์นิช. การศึกษาตระหนักรู้ในคุณค่าในตนเองในจังหวัดระยอง. [วิทยานิพนธ์].
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
18. พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, นุชนาถ บรรทมพร. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิต
ศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร 2560; 3: 342-9.
19. Casañas R, Catalán R, del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-
educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled
trial. BMC Psychiatry [Internet]. 2012; 12(1). Available from:
[//bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-230](http://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-230).
20. สุณิสา ศรีโมอ่อน, อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. การบำบัดโดยการ
แก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสาร
การพยาบาล 2554; 3: 107-16.
21. Rosenberg M, Kaplan HB. Social Psychology of the Self-Concept. Illinois: Harlan Davidson;
1982.
22. Beck AT, Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G. Cognitive therapy of depression. New York:
The Guilford Press; 1979.
23. วราพร ศรีภิรมย์, นฤมล จงจิตวิบูลย์ผล, กมลพร วรรณฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการให้
สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช.
วารสารกองการพยาบาล 2565; 2: 1-11.



การศึกษาความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล ที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

HEALTH LITERACY ABOUT HEALTH IMPACT AND PARTICIPATION IN SANITARY WASTE MANAGEMENT OF THE PEOPLE IN HEALTH REGION 7

Received: September 05, 2023

Revised: January 07, 2024

Accepted: January 21, 2024

วาทีณี จันท์เจริญ¹, ปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี^{1*}

Watinee Chancharoen¹, Piyamaporn Dungmontri^{1*}

บทคัดย่อ

การจัดการสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล เป็นสาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 500 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีค่าเฉลี่ยของร้อยละความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพในภาพรวม ร้อยละ 82.0 โดยค่าเฉลี่ยของร้อยละความรอบรู้ด้านการตอบโต้ชักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพ มากที่สุด ร้อยละ 88.5 ด้านการมีส่วนร่วม พบว่าค่าเฉลี่ยรวมของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม 4.53 อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพ กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ดังนั้น กรมอนามัยจึงควรพัฒนาหลักสูตรและสร้างความรอบรู้แก่ผู้ประกอบการรถสูบสิ่งปฏิกูล เจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต. อสม. และประชาชนทั่วไป เพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, ผลกระทบต่อสุขภาพ, การจัดการสิ่งปฏิกูล, สิ่งปฏิกูล, พยาธิใบไม้ตับ

¹ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Health Promotion Centre 7 KhonKaen

*Corresponding author E-mail: pia4003@gmail.com



Abstract

The cause of liver fluke disease that about waste management is not sanitary. That is an important public health problem in the Northeast. The purpose of this study was to study knowledge of health effects. Participation in sanitary waste management the relationship between knowledge of health effects and participation in sanitary waste management among people in Health region 7th. Data were collected using questionnaires from 500 people in the provinces of Kalasin, Khon Kaen, Maha Sarakham, and Roi Et. Data were analyzed by Descriptive statistics were used: number, percentage, mean, and chi-square.

The results found that People in Health region 7 had an average of The percentage of knowledge about health effects overall was 82.0%, with the average of the percentage of knowledge in responding to questions and exchanging information on health effects being the highest at 88.5% in the area of participation. It was found that the total mean of participation was 4.53, which was at the highest level of participation. and found a relationship between knowledge and health effects with participation in sanitary waste management Statistically significant at 0.05

Therefore, the Department of Health should develop a curriculum and create knowledge for operators of sewage pumping trucks. Municipality/Subdistrict Administrative Organization Official Village health volunteers and the general public To solve the problem of health impacts from waste management, especially liver flukes.

Keywords: Health Literacy, Participation, Health Impact, Sanitary waste management, Sewage, Liver fluke



บทนำ

สิ่งปฏิกูลเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรคและพาหะนำโรคติดต่อของระบบทางเดินอาหารและพยาธิ การจัดการสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่ของพยาธิ โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับ (Liver flukes) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นพยาธิที่องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้เป็นเชื้อมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁾ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่แพร่กระจายในหลายพื้นที่ของโลก ซึ่งคาดการณ์ว่า มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากถึง 18 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยพบการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับมากที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดต่อในคนโดยการกินปลาดิบที่มีตัวอ่อนของพยาธิในระยะติดต่อ⁽³⁾ ความถี่ของการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน มีความสัมพันธ์กับพื้นที่บริเวณรอบๆ แหล่งน้ำจืด และเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการบริโภคทั้งภายในครอบครัว และงานบุญประเพณีต่างๆ⁽⁴⁾ สำหรับวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ ตัวพยาธิจะอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของคน และแพร่สู่สิ่งแวดล้อมโดยการปนเปื้อนในสิ่งปฏิกูลของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นเจริญเติบโตเป็นระยะติดต่อในปลาน้ำจืด เกิดขาววงศ์ปลาตะเพียน ที่ผ่านมามีกระทรวงสาธารณสุขจะมีดำเนินการควบคุมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องโดยใช้กลยุทธ์ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการบริโภคของประชาชนจากวิถีเกษตรกรรมแบบดั้งเดิมเป็นภาคอุตสาหกรรมแบบใหม่ โดยคาดหวังเพื่อลดความชุกของพยาธิใบไม้ตับ⁽⁵⁾ แต่หลายพื้นที่ยังพบอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าร้อยละ 50⁽⁶⁾ แม้ในการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลในครัวเรือน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.2 ทราบว่าการจัดการอุจจาระที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่กระจายของเชื้อโรค และพยาธิ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อของโรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร⁽⁷⁾ แต่ยังพบการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อันเนื่องจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ยังไม่ถูกหลักสุขาภิบาล

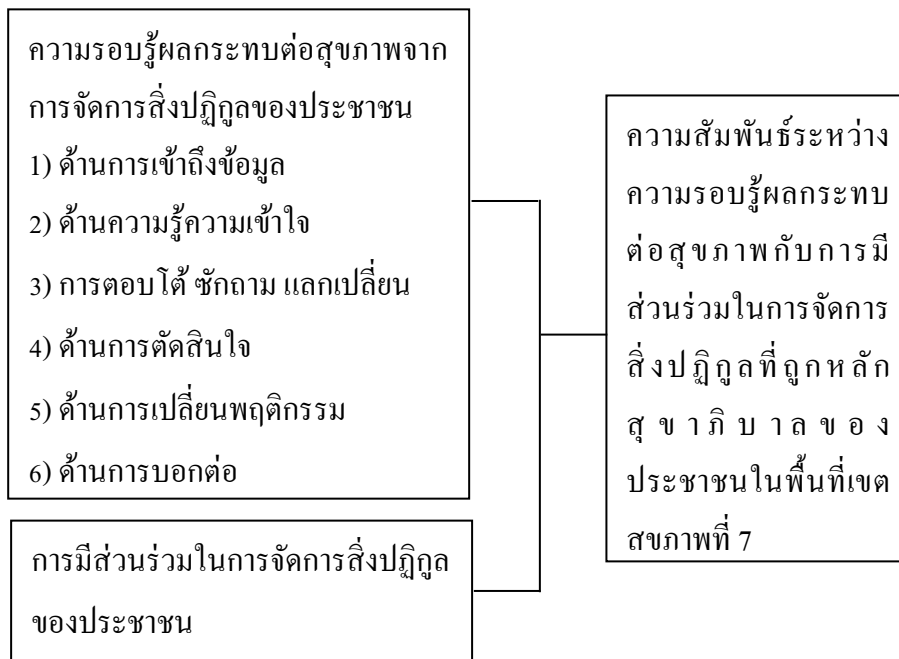
การแก้ไขปัญหาการแพร่กระจายของสิ่งปฏิกูลในสิ่งแวดล้อม ประชาชนต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลในครัวเรือน รวมทั้งการมีส่วนร่วมดำเนินการในการสนับสนุนการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อของพยาธิ และเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อม ดังนั้น การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนจึงมีความจำเป็น ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเข้าร่วมแก้ไขปัญหาที่จะส่งผลให้ประชาชนเกิดความตระหนัก ซึ่งจะเป็นการหนุนเสริมการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล จากความสำคัญดังกล่าวศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จึงได้สนใจศึกษาความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ขึ้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อศึกษาความรอบรู้ และการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนกันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 4 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนกันยายน 2564 โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จังหวัดละ 2 อำเภอ



กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรขนาดตัวอย่างแบบง่ายสำหรับค่าสัดส่วนจากสมการของ Daniel(1987)⁽⁸⁾

$$\text{โดยสูตรที่ใช้คือ } n = \frac{Z^2 \alpha_2 NP(1-p)}{Z^2 \alpha_2 P(1-p) + (N-1)}$$

เมื่อ n = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

N = จำนวนประชากร หลังคาเรือนละ 1 คน (จำนวน 174,251 หลังคาเรือน; 174,251 คน)

$Z\alpha_2$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติเมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นของการประมาณค่าเป็น 95% ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

d = ค่าความแม่นยำหรือความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กำหนดให้ = 0.05

P = ค่าสัดส่วนประชากรที่มีปัญหาที่เกิดกับระบบกักเก็บสิ่งปฏิกูลกำหนดให้เท่ากับ 0.35 โดยนำมาจากการศึกษาของอมรรัตน์และคณะ (2558)⁽⁹⁾

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{(1.96)^2 (174,251) \times 0.35 (1-0.35)}{(1.96)^2 (0.35)(1-0.35) + (174,251-1)(0.05)^2}$$

$$n = 349 \text{ คน}$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 349 หลังคาเรือนซึ่งเท่ากับ 349 คน

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่าง 349 หลังคาเรือน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชาชนตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน เท่ากับเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 349 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาด หรือคัดออก เนื่องจากการตอบข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดตัวอย่างในการศึกษาเพิ่มเป็น 500 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีลักษณะข้อคำถาม และใช้มาตรวัดข้อมูล

2. ความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ใน 6 ด้านของวัชร เริงจันทร์ (2561)⁽¹⁰⁾ เป็นข้อคำถามแบบนามสเกล (Nominal Scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

3. การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เป็นข้อคำถามแบบอันดับสเกล (Ordinal Scale) 5 ตัวเลือก ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ปราโมช รอดจรัส, 2553)⁽¹¹⁾



ช่วงคะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.0 – 1.49	มีส่วนร่วมน้อยที่สุด
1.50 – 2.49	มีส่วนร่วมน้อย
2.50 – 3.49	มีส่วนร่วมปานกลาง
3.50 – 4.49	มีส่วนร่วมมาก
4.50 – 5.00	มีส่วนร่วมมากที่สุด

นำแบบสอบถามไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เพื่อหาความคงที่ของผลที่ได้จากการวัดด้วยแบบสอบถาม หาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบได้ผลลัพธ์สัมประสิทธิ์ของแอลฟาเท่ากับ 0.85 และนำไปหาค่าความเที่ยง (Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พบว่า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.69

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ประกอบด้วย ข้อมูลความรู้ผลกระทบต่อสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลของประชาชน และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ผลกระทบต่อสุขภาพ กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชน โดยใช้ สถิติไคสแควร์ (Chi Square) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยภาควันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเรียบร้อยแล้ว รหัสโครงการวิจัย 034.1 ตั้งแต่วันที่ 31 มกราคม 2563 ถึง 30 มกราคม 2564 โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า สถานะผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 58.2 เป็นหัวหน้าครอบครัว มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 61.0 สำหรับระดับการศึกษา พบว่า จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.8 ในส่วนอาชีพ พบว่า มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.0 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 4,999 บาท ร้อยละ 46.8 สำหรับบทบาทในชุมชน พบว่า เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 57.4 ผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูล เป็นผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 33.0



ส่วนการเคตรวจอุจจาระหาพยาธิหรือไม่ พบว่า เคตรวจแต่ไม่พบพยาธิ ร้อยละ 35.2 โดยผู้แนะนำให้ไปตรวจพยาธิ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 29.8

2. ความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 6 ด้าน ดังตารางที่ 1 แสดงความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้ มากที่สุด ร้อยละ 85.6	428	85.6	74.90	0.43
2. ด้านความรู้ความเข้าใจผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนมีความรู้เข้าใจโรค และพยาธิที่อยู่ในอุจจาระ ติดต่อกันได้ โดยการกินหรือดื่มน้ำที่มีเชื้อโรค และพยาธิปนเปื้อนอยู่ การถ่ายลงส้วม จะป้องกันการแพร่กระจาย และทำลายเชื้อโรคและพยาธิ ในอุจจาระมากที่สุด ร้อยละ 90.6	453	90.6	82.86	0.27
3. การตอบได้ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนมีการซักถามแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนอุจจาระ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ การแพร่กระจายเชื้อจากกรดสับส้วม	460	92.0	88.52	0.29



ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
หรือการกำจัดอุจจาระในบ้านเรือนจาก อสม.มากที่สุด ร้อยละ 92.0				
4. การตัดสินใจดำเนินการด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนตัดสินใจถ่ายอุจจาระลงส้วมเท่านั้น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคและพยาธิ มากที่สุด ร้อยละ 97.4	487	97.4	71.24	0.47
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับถ่าย ต้องขับถ่ายลงส้วมเท่านั้น มากที่สุด ร้อยละ 98.4	492	98.4	86.30	0.41
6. การบอกต่อผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนมีการบอกต่อในเรื่องเกี่ยวกับไข่ของพยาธิใบไม้จะปนออกมากับอุจจาระ และเมื่อลงสู่แหล่งน้ำจะเติบโตเป็นระยะติดต่อในปลาน้ำจืด ได้แก่ ปลาช่อน ปลาสวาย ปลาตะเพียน และปลาน้ำจืดเกล็ดขาวอื่นๆ จะติดต่อได้โดยการกินปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ มากที่สุด ร้อยละ 91.2	456	91.2	88.20	0.29

จากตารางที่ 1 สามารถอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 รายด้าน ดังนี้

1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 74.90 คะแนน ค่า S.D. = 0.43 โดยประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ได้มากที่สุด ร้อยละ 85.6 รองลงมา ได้แก่ ความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้ปลาเป็นโรคพยาธิใบไม้ได้ และมะเร็งท่อน้ำดีได้, การเข้าถึงข้อมูล



คำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีเหตุมาจากพยาธิใบไม้ตับ และความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการติดต่อของโรคอุจจาระร่วง คิดเป็นร้อยละ 83.6, 83.4 และ 81.0 ตามลำดับ

2) ด้านความรู้ความเข้าใจผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 82.86 คะแนน ค่า S.D. = 0.27 โดยประชาชนมีความรู้เข้าใจโรคและพยาธิที่อยู่ในอุจจาระ ติดต่อกันได้โดยการกินหรือดื่มน้ำที่มีเชื้อโรค และพยาธิปนเปื้อนอยู่ การถ่ายลงส้วม จะป้องกันการแพร่กระจาย และทำลายเชื้อโรค และพยาธิ ในอุจจาระมากที่สุด ร้อยละ 90.6 รองลงมา ประชาชนมีความรู้ คนอีสานป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด เกิดจากการกินปลาดิบที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, ไช้ของพยาธิใบไม้ตับจะปนออกมากับอุจจาระของคนที่มีพยาธิใบไม้ตับ เมื่อปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำ จะไปเติบโตในหอย และปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ซึ่งเป็นระยะติดต่อในคน การติดพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการกินปลาดิบ และพยาธิเข้าสู่ร่างกายของคนได้หลายวิธี ได้แก่ การกินตัวอ่อนหรือไข่ของพยาธิโดยตรง การกินสุกๆ ดิบๆ และตัวอ่อนของพยาธิไชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนัง คิดเป็น ร้อยละ 87.6, 87.2 และ 84.6 ตามลำดับ

3) การตอบโต้ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 88.52 คะแนน ค่า S.D. = 0.29 โดยประชาชนมีการซักถามแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนอุจจาระ โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีได้ การแพร่กระจายเชื้อจากกรดสูบส้วมหรือการกำจัดอุจจาระในบ้านเรือนจาก อสม.มากที่สุด ร้อยละ 92.0 รองลงมา ประชาชนมีการซักถามแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนอุจจาระ โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีได้ การแพร่กระจายเชื้อจากกรดสูบส้วม หรือการกำจัดอุจจาระในบ้านเรือนจากคนในครอบครัว, โรคที่เกิดจากการปนเปื้อนอุจจาระ โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีได้ การแพร่กระจายเชื้อจากกรดสูบส้วม หรือการกำจัดอุจจาระในบ้านเรือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลในพื้นที่ และโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนอุจจาระ โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีได้ การแพร่กระจายเชื้อจากกรดสูบส้วม หรือการกำจัดอุจจาระในบ้านเรือนจากเจ้าหน้าที่ของเทศบาล หรือ อบต. คิดเป็นร้อยละ 90.6, 88.4 และ 87.8 ตามลำดับ

4) การตัดสินใจดำเนินการด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 71.24 คะแนน ค่า S.D. = 0.47 โดยประชาชนตัดสินใจถ่ายอุจจาระลงส้วมเท่านั้น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และพยาธิ มากที่สุด ร้อยละ 97.4 รองลงมา ประชาชนตัดสินใจเลิกกินปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาต้ม ปลาจืด ปลาจ่อม ก้อยปลา จะกินก็เมื่อปรุงสุกเท่านั้น เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ, ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากขับถ่ายอุจจาระ, และดูแลซ่อมแซมระบบกำจัดอุจจาระในบ้านของท่านให้อยู่ในสภาพดีทุกครั้ง แก้ไขปัญหา



ส้วมเต็มเร็ว อุจจาระรั่วไหลนองพื้น สกปรกน้ำขังนอง เป็นสาเหตุของการแพร่เชื้อโรค และพยาธิ ร้อยละ 97.2, 87.8 และ 85.8 ตามลำดับ

5) การเปลี่ยนพฤติกรรมด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลัก

สุขาภิบาล พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 86.30 คะแนน ค่า S.D. = 0.41 โดยประชาชนมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการขับถ่าย ต้องขับถ่ายลงส้วมเท่านั้น มากที่สุด ร้อยละ 98.4 ตามลำดับ รองลงมา ได้แก่ ไม่กินก้อยปลาดิบ หรืออาหารสุกๆ ดิบๆ เพราะอาจเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้, ต้องล้างมือฟอกสบู่ ทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระ หรือจับสิ่งสกปรก และดูแลรักษาความสะอาดของห้องส้วมให้สะอาด พร้อมใช้ อยู่ตลอดเวลา มีการชำระล้างคราบอุจจาระหลังขับถ่ายจนสะอาด และก่อนออกจากห้องส้วม ได้ตรวจสอบว่า ส้วม และบริเวณโดยรอบสะอาดมีคราบอุจจาระหรือสิ่งสกปรกเหลืออยู่หรือไม่ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.2, 86.4 และ 85.2 ตามลำดับ

6) การบอกต่อผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล พบว่า

มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 88.20 คะแนน ค่า S.D. = 0.29 โดยประชาชนมีการบอกต่อในเรื่องเกี่ยวกับไข้ของ พยาธิใบไม้จะปนออกมากับอุจจาระ และเมื่อลงสู่แหล่งน้ำจะเติบโตเป็นระยะติดต่อในปลาน้ำจืด ได้แก่ ปลาช่อน ปลาสร้อย ปลาตะเพียน และปลาน้ำจืดเกล็ดขาวอื่นๆ จะติดต่อได้โดยการกินปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ มากที่สุด ร้อยละ 91.2 รองลงมา ประชาชนมีการบอกต่อเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ อันตรายสามารถทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ คนอีสานเป็นเยอะ แก้ไขโดยไม่กินอาหารที่ปรุงจาก ปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ, รดส้วมส้วมที่นำอุจจาระไปทิ้งในที่สาธารณะหรือใส่ในสวน ไร่ นา จะมีเชื้อโรค และพยาธิ โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับ ที่ทำให้เป็นมะเร็งตับปนเปื้อนอยู่ด้วย ถ้าพบเห็นรดส้วมส้วมไปทิ้ง ในที่สาธารณะ หรือนำไปใส่ในไร่ นา สวน จะต้องมีการดำเนินการแจ้งผู้ใหญ่บ้าน อสม. หรือ เทศบาล/อบต. เพื่อไปจัดการ และต้องขับถ่ายอุจจาระลงส้วมเท่านั้น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของ เชื้อโรค และพยาธิ และต้องล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งหลังจากถ่ายอุจจาระ คิดเป็นร้อยละ 88.4, 88.2 และ 86.8 ตามลำดับ

2.2 ค่าเฉลี่ยรวมความรู้ด้านสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล พบว่า

ค่าเฉลี่ยความรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 รวม 6 ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านการตอบโต้ชักถามแลกเปลี่ยนข้อมูล ผลกระทบต่อสุขภาพจากการ จัดการสิ่งปฏิกูล มากที่สุด ร้อยละ 88.5 รองลงมาเป็น ด้านการบอกต่อข้อมูล ผลกระทบต่อสุขภาพ จากการจัดการสิ่งปฏิกูล, ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูล, ด้านความรู้ ความเข้าใจผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูล, ด้านการเข้าถึงข้อมูล ผลกระทบ ต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูล, ด้านการตัดสินใจดำเนินการผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการ สิ่งปฏิกูล คิดเป็นร้อยละ 88.2, 86.3, 82.9, 74.9 และ 71.2 ตามลำดับ



สำหรับค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลรวมทั้ง 6 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 82.0

3. การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีส่วนร่วมมากที่สุด ในการบอกเล่าเชิญชวนให้คนในครอบครัว คนในชุมชนของท่านเลิกกินอาหารปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ป้องกันการติดต่อของพยาธิ โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับที่เป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งท่อน้ำดี ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม 4.41 รองลงมา การดูแลไม่ให้มีการปล่อยอุจจาระของรดสูบส้วมที่ทิ้งตามที่สาธารณะ หรือที่ทางของเอกชน เนื่องจากอุจจาระเป็นสิ่งสกปรกที่อาจมีการปนเปื้อนของโรคท้องร่วง และพยาธิ, ส่วนร่วมและให้ความร่วมมือกับคนในชุมชนในการดูแลรักษาความสะอาดของชุมชน และให้ความรู้แก่คนในชุมชนในการเข้าใจผลแก้ไขปัญหาระบาดโรคที่มากับการจัดการอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ท้องร่วง อาหารเป็นพิษ พยาธิ โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับ และในการเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อดูแลความสะอาดในชุมชน แก่เทศบาล/อบต. ผู้ใหญ่บ้าน อสม. มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม 4.37, 4.34 และ 4.29 ตามลำดับ

4 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชน มีค่า Sig.(2-tailed) เท่ากับ 0.000 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานนั้นคือ ความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลในครัวเรือนของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ในความรอบรู้ใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการตอบโต้ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการตัดสินใจดำเนินการ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการบอกต่อ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล



คำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้มากที่สุด โดยจะมีความรู้ที่ เชื่อโรค และพยาธิที่อยู่ใน อูจจาระ ติดต่อกัน ได้โดยการกินหรือดื่มน้ำที่มีเชื้อโรค และพยาธิปนเปื้อนอยู่ การถ่ายลงส้วมจะ ป้องกันการแพร่กระจาย และทำลายเชื้อโรคและพยาธิ ในอุจจาระมากที่สุด รองลงมา ประชาชนมี ความรู้ที่คนอีสานป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด เกิดจากการกินปลาดิบที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, ไข่ของพยาธิใบไม้ตับจะปนออกมากับอุจจาระของคนที่มีพยาธิใบไม้ตับ เมื่อปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำ จะไปเติบโตในหอย และปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ซึ่งเป็นระยะติดต่อในคน การติดพยาธิใบไม้ตับเกิดจาก การกินปลาดิบ ประชาชนมีการซักถามแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนอุจจาระ โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีได้ การแพร่กระจายเชื้อจากอุจจาระดิบ หรือการกำจัดอุจจาระใน บ้านเรือนจาก อสม. ในด้านการตัดสินใจ พบว่า ประชาชนตัดสินใจถ่ายอุจจาระลงส้วมเท่านั้น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และพยาธิ โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับถ่ายต้องขับถ่าย ลงส้วมเท่านั้น และมีการบอกต่อในเรื่องเกี่ยวกับไข่ของพยาธิใบไม้จะปนออกมากับอุจจาระ และ เมื่อลงสู่แหล่งน้ำจะเติบโตเป็นระยะติดต่อในปลาน้ำจืด ได้แก่ ปลาช่อน ปลาสร้อย ปลาตะเพียน และ ปลาน้ำจืดเกล็ดขาวอื่นๆ จะติดต่อกันได้โดยการกินปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัด อำนาจเจริญ พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ต้องสร้างแกนนำสุขภาพ ประจำชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเยี่ยมชมติดตาม กระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำ โดยแกนนำสุขภาพ⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิ ใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอ ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ รับรู้โทษของการ บริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.95.และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 81.93⁽¹³⁾

สำหรับการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขภาพิบาลของประชาชนในพื้นที่เขต สุขภาพที่ 7 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการบอกเล่าเชิญชวนให้คนในครอบครัว คนใน ชุมชนเลิกกินอาหารปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ป้องกันการติดต่อของพยาธิ โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับที่ เป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ผลกระทบทต่อ สุขภาพการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขภาพิบาลของประชาชน กับ การมีส่วนร่วมในการจัดการ สิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขภาพิบาลของประชาชน พบว่า ความรอบรู้ผลกระทบทต่อสุขภาพจากการจัดการ สิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขภาพิบาลในครัวเรือนของประชาชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ จัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขภาพิบาลของประชาชนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนใน พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ



มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว ที่พบว่า การให้ประชาชน และองค์กรเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง โดยการพัฒนาความรู้ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของชุมชนได้อย่างยั่งยืน⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำหลักสูตร พัฒนาสื่อการสอน และพัฒนาแนวทางการสร้างความรอบรู้ สำหรับผู้ประกอบการรถตุ๊กตุ๊ก เจ้าหน้าทีเทศบาล/อบต. แกนนำชุมชน ประชาชน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล รวมถึงการควบคุมกำกับผู้ประกอบการรถตุ๊กตุ๊กให้มีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ ตัดวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับสู่สิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย ควรทำวิจัยเพิ่มในเรื่อง ความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูล และการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล สำหรับเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มีอำนาจในดูแลรับผิดชอบ ติดตามควบคุมกำกับการจัดการสิ่งปฏิกูลตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดนโยบายและศักยภาพในการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ มีขึ้นได้จากการได้รับสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจากสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณผู้บริหาร และทีมงานจากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสารนิเทศ. แหล่งข่าวเพื่อมวลชน: สธ. เผย WHO ระบุพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อมะเร็งท่อน้ำดี พบมากที่สุดในโลกที่ภาคอีสาน. กระทรวงสาธารณสุข; 18 มกราคม 2559.



2. Chai, J.-Y., Shin, E.-H., Lee, S.-H., Rim H.-J. Foodborne Intestinal flukes in Soutgeast Asia. Korean journal of Parasitology 2009; (147): 69-S102.
3. World Health Organization. Control of Foodborne trematode infection . Report of WHO Scientific Group Primary immunodeficiency diseases.1995; (199): 1-24.
4. Waraporn Phimpaphai, Sirikachorn Tangkawattana, Suwicha Kaseamsuwan, Banchob Sripa. Social Influence in Liver Fluke Trasmission: Application of Social Network Analysis of Food Sharing in THAI Isaan Culture. Advances in Parasitology 2018; (101): 97-124.
5. Jongsuksuntigul P, Imsomboon T. Epidemiology of opisthorchiasis and national control program in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1998; (29): 327-32.
6. Piboon Sithithaworn, Rose H Andrews Nguyen Van De, Thitima Wongsaroj, Muth Sinuon, Peter Odermatt, et al., The current status of opisthochiasis and clonochiasis in the Mekong Basin. Parasitology International 2012; (161): 10-16.
7. วาทีณี จันทรเจริญ และปิยะมากรณ์ ดวงมนตรี. รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลและการปนเปื้อนของไข่พยาธิ ตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชนในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
8. Daniel, W.W. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences ;4thed.. New York: John Wiley & Sons; 1987.
9. อมรรัตน์ หวลกะสิน, เพ็ญนภา ทองประไพ, อุดมพล พิษฐ์ไพบูลย์, และธรรมรัตน์ กุศลเทศ. ทักษะของประชาชนต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลในจังหวัดสงขลา. เอกสารการประชุมวิชาการทางวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ครั้งที่ 11; 19-20 มิถุนายน 2558
10. วชิระ เพ็งจันทร์. สังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ. เอกสารประกอบการบรรยาย 24 กันยายน 2561 สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย; 2561.
11. ปราโมทย์ รอดจำรัส. พฤติกรรมนักท่องเที่ยว. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2553.
12. บวรพิพัฒน์ กระแสเสน และจุฬารัตน์ โสตะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562; 12(12): 91-103.
13. จัตุรลดา ดีพร้อม และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัด กาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561; 11(1).



14. รัชนิกร กุญแจทอง, สมจิตร พันธุโพธิ์, ศุจินันท์ ตรีเดช, สุมาลี จันทลักษณ์ และคณะชัชชยาจ. ความรอบรู้สุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค. 2563.
15. ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร และลำเนา วงศ์ใจ. ประสิทธิภาพของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว. เชียงรายเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2559; 7(1): เข้าถึงจาก: https://www.crhospital.org/cmj/article/FULL_20170802113839.pdf



ผลการศึกษาการจ้างงานโครงการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และ
สายงานบริการทางการแพทย์อื่น เพื่อแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อพัฒนารูปแบบการจ้างงานให้สอดคล้องเหมาะสม
กับการจัดการภาครัฐแนวใหม่

STUDY RESULTS OF THE PROJECT EMPLOYING PHYSICIANS, REGISTERED NURSES,
PUBLIC HEALTH ACADEMICS AND MEDICAL SERVICE EMPLOYEES TO SOLVE THE
SITUATION OF THE COVID-19 PANDEMIC FOR DEVELOPING THE EMPLOYMENT
MODEL TO BE CONSISTENT WITH THE NEW PUBLIC MANAGEMENT

Received: December 25, 2023

Revised: January 28, 2024

Accepted: February 14, 2024

เสาวลักษณ์ จิมจาด^{1*}, อรพิน ทองสมนึก¹, ปัทมาภรณ์ กุสุมภ์,
ปรีชา บุญญาภิสิตโสภ¹, ทองพูน พลทัพ¹
Saowaluk Chimjard^{1*}, Orapin Thongsomnuek¹, attamaporn Koosoom¹,
Pricha Bunyapisitsopha¹, Tongpoon Poltup¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) โครงการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และสายงานบริการทางการแพทย์อื่น ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจ จำนวน 5,000 อัตรา ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจ้างงานและกลไกในการจ้างงาน เอกสารที่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ มติคณะรัฐมนตรี มติคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ (คพร.) หนังสือของหน่วยงานราชการ และนำแนวทางการจัดสรรกรอบอัตรากำลังของสำนักงาน ก.พ. มากำหนดขอบเขตการศึกษา ประกอบด้วย 1) กลไกการอนุมัติกรอบอัตรากำลัง และการจัดสรรงบประมาณ 2) แนวทางในการบริหารกรอบอัตรากำลัง 3) แนวทางในการสรรหาและเลือกสรร 4) ระยะเวลาการจ้างงานหรือเลิกจ้างก่อนสิ้นสุดตามสัญญา 5) การตรวจสอบและประเมินผล

ผลการศึกษา พบว่า 1) กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณในการจ้างงาน จำนวน 2,402 อัตรา 2) มีการเกลี่ยอัตรากำลัง และเปลี่ยนตำแหน่งให้เหมาะสมตามความจำเป็น 3) การสรรหาและเลือกสรร มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติไว้ชัดเจน 4) สำหรับกลไกในการจ้างงาน มีระบบสัญญาจ้างกำหนดเงื่อนไข

¹ กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Human Resource Management Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

*Corresponding author E-mail: mind1146@hotmail.com



ระยะเวลาการจ้างไม่เกิน 3 เดือน เมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่า มีการจ้างงาน จำนวน 1,933 อัตรา คิดเป็นร้อยละ 80

ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านบริหารงานบุคคล และด้านงบประมาณ ควรมีการทบทวนกฎหมาย และขั้นตอนวิธีการทางงบประมาณ และกำหนดแนวทางการจัดสรรกรอบอัตรากำลังในภาวะวิกฤติ และวงเงินงบประมาณไปในคราวเดียวกัน

คำสำคัญ: การจ้างงานบุคลากรทางการแพทย์, รูปแบบการจ้างงาน, กลไกการจ้างงาน



Abstract

This study was an analysis of documents concerning the project for hiring physicians, professional nurses, public health academics, and other medical service personnel by the Ministry of Public Health. This project allocated 5,000 ad hoc government staff positions between 2021 and 2022, with a conclusion date of September 30, 2022. The objective was to examine employment models and mechanisms. The documents analyzed included resolutions of the Government Employees Management Committee (EMC), letters from government agencies, and guidelines for allocating staff positions by the Office of the Civil Service Commission. The study's scope included 1) mechanisms for approving and allocating manpower frameworks and budgets, 2) strategies for managing manpower frameworks, 3) recruitment and selection methods, 4) employment duration or termination before the contract ends, and 5) performance inspection and evaluation processes.

The study found that 1) the Ministry of Public Health was allocated a budget to hire 2,402 positions; 2) there was an adjustment and reallocation of positions to suit needs; 3) the recruitment and selection process was clearly defined; 4) the employment mechanism included a contract system with conditions, limiting employment duration to no more than 3 months. At the project's conclusion, 1,933 positions were hired, accounting for 80% of the target.

Policy recommendations for central organizations in personnel management and budgeting should include a review of laws and budgetary procedures, and establishing guidelines for the allocation of manpower frameworks in crisis situations, as well as considering the simultaneous allocation of budgetary funds.

Keywords: Medical personnel hiring, employment models, employment mechanisms



บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย โดยเฉพาะช่วงปี 2564 ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และติดเชื้อสะสมที่ยังอยู่ในชุมชน และยังไม่เข้าสู่ระบบบริการ (โรงพยาบาล/โรงพยาบาลสนาม) เนื่องจากไม่มีเตียง หรือเจ้าหน้าที่รองรับอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ข้อมูล ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2564 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 11,305 ราย ผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 426,475 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 3,502 ราย⁽¹⁾ ทำให้บุคลากรต้องรับภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้น หรือรับผิดชอบเกินบทบาทหน้าที่ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการทั้งในส่วนของการรักษาและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน จึงมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก โดยเฉพาะสายงานแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ หรือสายบริการทางการแพทย์อื่น ซึ่งต้องปฏิบัติงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และสายงานบริการทางการแพทย์อื่น โดยขอรับการจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจ จำนวน 5,000 อัตรา มีระยะเวลาการจ้างงานไม่เกิน 1 ปี และกำหนดอัตราค่าตอบแทนเหมาะสมจ่ายอัตราเดียวตลอดสัญญาจ้าง ซึ่งคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ (คพร.) มีมติอนุมัติจัดสรร กรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจให้กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾

แต่หลังจากได้รับอนุมัติจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจ พบว่า มีข้อจำกัดเรื่องการขอรับการจัดสรรงบประมาณ การพิจารณาอนุมัติการใช้วงเงินงบประมาณ⁽³⁾ ทำให้ไม่สามารถจ้างบุคลากรตามโครงการดังกล่าวได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ผู้วิเคราะห์จึงเห็นควรศึกษาการจ้างงานโครงการดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุข โดยนำแนวทางการจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจที่สำนักงาน ก.พ. เสนอต่อคณะรัฐมนตรี⁽⁴⁾ มาเป็นแนวทางในการศึกษา

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการจ้างงาน และกลไกในการจ้างงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจและบริบทของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตการศึกษา

ผู้วิเคราะห์ได้นำข้อเสนอแนวทางการจัดสรรกรอบอัตรากำลังและกลไกการบริหารจัดการพนักงานราชการเฉพาะกิจ จำนวน 10,000 อัตรา เพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำนักงาน ก.พ. เสนอต่อคณะรัฐมนตรี⁽⁴⁾ มาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้



1. กลไกการอนุมัติกรอบอัตรากำลัง และการขอรับการจัดสรรงบประมาณ โดยพิจารณาจากขั้นตอนการดำเนินการของส่วนราชการ กระบวนการในการขอรับการจัดสรรกรอบอัตรากำลัง และการพิจารณาให้ความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ (คพร.) และแนวทางการขอรับการจัดสรรงบประมาณ
2. แนวทางการบริหารกรอบอัตรากำลัง พิจารณาจากความยืดหยุ่น คล่องตัว ในการเกลี่ยกรอบอัตรากำลังไปยังหน่วยงานที่มีความจำเป็น หรือมีการกิจเพิ่มขึ้น หรือการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งตามที่ได้รับการจัดสรรจากคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ (คพร.) แล้ว ได้ตามความจำเป็น
3. แนวทางในการสรรหาและเลือกสรร พิจารณาจากหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสรรหาและการเลือกสรรพนักงานราชการ
4. ระยะเวลาการจ้างงานหรือพิจารณาเลิกจ้างก่อนครบกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดตามสัญญาจ้าง
5. การตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

กรอบแนวคิดการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจ้างงานแพทย์ และบุคลากรสุขภาพภาครัฐในประเทศไทย การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป เพื่อให้ส่วนราชการ และหน่วยงานของรัฐมีความยืดหยุ่น คล่องตัว แนวทางการปฏิบัติราชการที่รองรับชีวิต และการทำงานวิถีใหม่ และกฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนา และทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. 2565 มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) ด้านการบริหารราชการแผ่นดินในกิจกรรมปฏิรูปที่ 2 กำหนดให้ต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างองค์กร และระบบงานภาครัฐให้มีความยืดหยุ่น คล่องตัว และเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ โดยพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป เพื่อให้ส่วนราชการ และหน่วยงานของรัฐมีความยืดหยุ่น คล่องตัว สามารถปฏิบัติภารกิจ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทันทั่วถึง⁽⁵⁾
2. ความท้าทาย และข้อจำกัดของรูปแบบการจ้างงานบุคลากรสุขภาพภาครัฐยังคงอยู่ คือ การจ้างงานแบบข้าราชการ จึงทำให้ภาครัฐมีทิศทางปฏิรูประบบราชการ ส่งเสริมให้มีการจ้างงานบุคลากรภาครัฐ ในหลากหลายรูปแบบ และเน้นการวางแผนการบริหารกำลังคนให้มีประสิทธิภาพสูงสุดแทน⁽⁶⁾
3. แนวทางการปฏิบัติราชการที่รองรับชีวิต และการทำงานวิถีใหม่ ที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีประสิทธิภาพ โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลในการปรับรูปแบบวิธีการทำงาน และรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยลดข้อจำกัดด้านเวลา และสถานที่ในการให้บริการประชาชน⁽⁷⁾



4. กฎ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนา และทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ. 2565 กำหนดหลักเกณฑ์การพัฒนา และทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ เพื่อพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และความท้าทายใหม่ๆ⁽⁸⁾

การวิเคราะห์เอกสาร

เป็นการศึกษาวิเคราะห์จากเอกสารข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข มติคณะรัฐมนตรี มติคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ (คพร.) มติคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ฯ หนังสือสำนักงาน ก.พ. หนังสือสำนักงานประมาณ และข้อมูลทฤษฎีจากระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการบุคลากรสาธารณสุขของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามขอบเขตที่จะศึกษา ดังนี้

1. กลไกการอนุมัติกรอบอัตรากำลัง และการขอรับจัดสรรงบประมาณ ผู้วิเคราะห์ได้พิจารณา รายละเอียดข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข และมติคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ (คพร.) ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาขอรับการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ จากข้อมูล จำนวนเตียงผู้ป่วยแยกตามอาการในโรงพยาบาลบุรฉัตร จำนวนเตียง 3,610 เตียง ที่พบอาการรุนแรง (สีแดง) จำนวน 200 เตียง อาการไม่รุนแรง (สีเหลือง) จำนวน 550 เตียง และไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) จำนวน 2,860 เตียง ประกอบกับจำนวนอัตรากำลังแต่ละวิชาชีพที่ให้บริการต่อวัน ได้แก่ แพทย์ 40 คนต่อวัน พยาบาลวิชาชีพ 250 คนต่อวัน เภสัชกร 30 คนต่อวัน และนำข้อมูลสรุป สถานการณ์จำแนกตามรายละเอียดสุขภาพ เขตสุขภาพ 1 – 12 (ภูมิภาค) และกรุงเทพมหานคร จากระบบ co-ward ซึ่งจัดทำโดยงานเฝ้าระวังระบบประเมินสถานการณ์ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน เพื่อประมาณ การจำนวนอัตรากำลังจำแนกเป็นสายงานแพทย์ จำนวน 504 อัตรา พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3,945 อัตรา และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 551 อัตรา โดยกำหนดค่าตอบแทนอ้างอิงอัตราค่าตอบแทน ตามประกาศ คพร. (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2554 รวมค่าเลี้ยงชีพ ดังนี้ (1) ตำแหน่งนายแพทย์ ใช้อัตราขั้นสูง ของบัญชีกลุ่มงานเชี่ยวชาญเฉพาะ รวมค่าเลี้ยงชีพ รายเดือนอัตรา 78,350 บาท และรายวัน 1 ผลัด/วัน อัตรา 5,000 บาท (2) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ใช้อัตราขั้นต่ำของบัญชีกลุ่มงานเชี่ยวชาญเฉพาะ รวมค่าเลี้ยงชีพ รายเดือนอัตรา 37,680 บาท และรายวัน 1 ผลัด/วัน อัตรา 2,200 บาท (3) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ใช้อัตราค่าตอบแทนแรกบรรจุของผู้ที่ได้รับปริญญา กลุ่มงานบริหารทั่วไป ตามประกาศ คพร. (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2561 บวกเงินเพิ่มอื่นที่พึงได้ เช่น ค่าปฏิบัติงานนอกเวลา ค่าเลี้ยงชีพต่อเวรผลัด เงินพดศ.กำหนดค่าตอบแทนรายเดือน อัตรา 21,500 บาท และรายวัน 1 ผลัด/วัน อัตรา 1,000 บาท โดยอัตรารายวัน/ผลัด คิดจากค่าจ้างตลาดแรงงาน ทั้งนี้ มีระยะเวลาดำเนินการจ้าง 1 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 และขอใช้งบประมาณวงเงินรวมจำนวนทั้งสิ้น



6,433,712,448 บาท (หกพันสี่ร้อยสามสิบสามล้านเจ็ดแสนหนึ่งหมื่นสองพันสี่ร้อยสี่สิบแปดบาท) จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2564 งบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น หรือจากแหล่งอื่นตามข้อเสนอของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽⁹⁾

1.2 มติ คพร. อนุมัติการจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจให้กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5,000 อัตรา ได้แก่ แพทย์ 504 อัตรา พยาบาลวิชาชีพ 3,945 อัตรา และนักวิชาการสาธารณสุข 551 อัตรา และกำหนดอัตราค่าตอบแทนแต่ละตำแหน่งเหมาจ่ายอัตราเดียวตลอดสัญญาจ้างเป็นการเฉพาะ กล่าวคือ ค่าตอบแทนรายเดือนเหมาจ่าย และรายผลัดเหมาจ่าย (8 ชั่วโมง/ผลัด) สำหรับการขอรับการจัดสรรงบประมาณ เห็นควรให้กระทรวงสาธารณสุข ขอใช้เงินกู้ตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564 โดยนำเสนอนายกรัฐมนตรีพิจารณา และนำเสนอเรื่องขอใช้เงินกู้ไปยังสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติต่อไป⁽²⁾

จะเห็นว่าในประเด็นแรก พบว่า การขอรับการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอจะมีความแตกต่างกัน ในส่วนของการกำหนดอัตราค่าตอบแทน และการขอใช้งบประมาณจากแหล่งงบประมาณ โดย คพร. พิจารณากำหนดอัตราค่าตอบแทน ทั้ง 5,000 อัตรา โดยมีแนวทางการกำหนดค่าตอบแทนรายเดือนเหมาจ่าย 1) แพทย์ให้ได้รับค่าตอบแทนในอัตราขั้นสูงของบัญชีกลุ่มงานเชี่ยวชาญเฉพาะ รวมกับค่าเสี่ยงภัยโควิด 19 2) พยาบาลวิชาชีพให้ได้รับในอัตราขั้นต่ำของกลุ่มงานเชี่ยวชาญเฉพาะ รวมกับค่าเสี่ยงภัยโควิด 19 3) ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขให้ได้รับในอัตราแรกบรรจุของกลุ่มงานบริหารทั่วไป รวมกับค่าเสี่ยงภัยโควิด 19 4) ตำแหน่งอื่นๆ ที่นอกเหนือ จากข้อ 1) – 3) ให้ได้รับในอัตราแรกบรรจุของกลุ่มงานในตำแหน่งนั้นรวมกับค่าเสี่ยงภัยโควิด 19 เช่น นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น สำหรับค่าตอบแทนรายผลัดเหมาจ่าย สำหรับทุกตำแหน่ง คำนวณจากอัตราค่าตอบแทนรายเดือน หารเวลาทำงาน 22 วันต่อเดือน และปฏิบัติงาน ไม่เกิน 1 ผลัด (8 ชั่วโมง) ต่อวัน⁽¹⁰⁾ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางกำหนดอัตราค่าตอบแทนพนักงานราชการเฉพาะกิจของกระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่ง	กลุ่มงาน	ค่าตอบแทนรายเดือนเหมาจ่าย			ค่าตอบแทนรายผลัดเหมาจ่าย			
		ค่าตอบแทน	ค่าเสี่ยงภัยโควิด 19	รวม	อัตราค่าตอบแทนรายผลัด	ค่าเสี่ยงภัยโควิด 19	รวม	รวมรายผลัดต่อเดือน
แพทย์	เชี่ยวชาญเฉพาะ	68,350	33,000	101,350	3,200	1,500	4,700	103,400
พยาบาลวิชาชีพ	เชี่ยวชาญเฉพาะ	37,680	22,000	59,680	1,800	1,000	2,800	61,600
นวก.สาธารณสุข	บริหารทั่วไป	18,000	22,000	40,000	900	1,000	1,900	41,800



ตำแหน่ง	กลุ่มงาน	ค่าตอบแทนรายเดือนเหมาจ่าย			ค่าตอบแทนรายผลัดเหมาจ่าย			
		ค่าตอบแทน	ค่าเสี่ยงภัยโควิด 19	รวม	อัตราค่าตอบแทนรายผลัด	ค่าเสี่ยงภัยโควิด 19	รวม	รวมรายผลัดต่อเดือน
ตำแหน่งบริการทางการแพทย์อื่น								
นักเทคนิคการแพทย์	วิชาชีพเฉพาะ	19,500	22,000	41,500	1,000	1,000	2,000	44,000
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	บริหารทั่วไป	18,000	22,000	40,000	900	1,000	1,900	41,800

และเมื่อพิจารณาจากประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขใช้แนวทางการจัดสรรกรอบอัตราค่าจ้างพนักงานราชการเฉพาะกิจที่สำนักงาน ก.พ. เสนอต่อคณะรัฐมนตรีมาเป็นแนวทางในการจัดทำโครงการนี้ ผู้วิเคราะห์ พบว่า การพิจารณาของ คพร. มีความแตกต่างกัน และจากเอกสารการขอใช้เงินกู้ไปยังสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ ในคราวประชุมครั้งที่ 9/2564 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 แม้ในหลักการจะเห็นชอบโครงการดังกล่าว แต่มีข้อสังเกตเพิ่มเติม ได้แก่ 1) งบประมาณที่ขอรับการจัดสรรจะแปรผันตามกรอบอัตราค่าจ้าง ตำแหน่งงาน และลักษณะการจ้างงาน ซึ่งยังมีจำนวนที่ไม่แน่นอน ประกอบกับการสิ้นสุดสัญญาเช่าพื้นที่ของโรงพยาบาลบุษราคัมในเดือนตุลาคม 2564 ที่จะส่งผลกระทบกับกรอบอัตราค่าจ้างเวรผลัด 2) การประมาณการอัตราค่าจ้างที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอไว้เป็นช่วงก่อนที่จะมีการดำเนินนโยบาย Home/Community Isolation 3) การขอใช้เงินกู้อาจส่งผลกระทบต่อกรอบวงเงินภาพรวมของเงินกู้ที่จะนำไปใช้ในแผนงานหรือโครงการอื่นที่มีความสำคัญในอนาคต 4) กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำแผนการจัดสรรกรอบอัตราค่าจ้างให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการเงินของภาครัฐ ประกอบกับความเห็นของคณะกรรมการฯ (ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ) เห็นว่าวัตถุประสงค์ของโครงการ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการใช้จ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายงบกลาง รายการค่าจ้างในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องพิจารณาปรับแผนการใช้จ่ายเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรก่อน โดยเฉพาะงบบุคลากร และกรณีที่มีความจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนเงินงบประมาณรายจ่ายงบกลางฯ จะต้องดำเนินการตามขั้นตอนของระเบียบที่เกี่ยวข้องต่อไป ซึ่งมติคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ฯ ได้พิจารณาเห็นชอบในหลักการ และให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณากำหนดจำนวนกรอบอัตราค่าจ้างตามความจำเป็น และสอดคล้องกับข้อเท็จจริงในแต่ละพื้นที่ โดยใช้จ่ายจากแหล่งเงินอื่นแทน อาทิ งบประมาณรายจ่ายงบกลาง ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินโครงการ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁽³⁾



กระทรวงสาธารณสุข ได้ประเมินสถานการณ์ และพิจารณาจำนวนกรอบอัตรากำลังที่จะจ้างงาน ภายใต้โครงการดังกล่าว จำนวน 2,402 อัตรา และสำนักงบประมาณแจ้งการอนุมัติวงเงินงบประมาณ⁽¹¹⁾ รายละเอียดงบประมาณตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางการขอรับการจัดสรรงบประมาณ และการอนุมัติงบกลางจำแนกรายส่วนราชการ

ลำดับที่	ส่วนราชการ	จำนวน อัตรา	จำนวนวงเงินงบประมาณ (บาท)	
			ขอรับจัดสรร	ได้รับอนุมัติ *
1	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1,814	821,765,880	594,214,110
2	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	33	12,603,870	8,402,580
3	กรมควบคุมโรค	381	155,199,510	103,466,340
4	กรมการแพทย์	174	94,695,210	66,600,045
	รวม	2,402	1,084,264,470	772,683,075

* รายงานการประชุมคณะทำงานบริหารอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจในกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2565

2. แนวทางการบริหารกรอบอัตรากำลัง กำหนดไว้ 1) การเกลี่ยกรอบอัตรากำลังให้เป็นดุลพินิจของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ (1) เกลี่ยกรอบอัตรากำลังไปยังหน่วยงานที่มีความจำเป็นหรือมีการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นได้ (2) เปลี่ยนแปลงตำแหน่งได้ตามความจำเป็น (3) ในกรณีที่มิได้เหตุผลความจำเป็นในการปฏิบัติงานอาจเปลี่ยนแปลงตำแหน่งที่ได้รับจัดสรรจาก คพร. เป็นตำแหน่งบริการทางการแพทย์อื่น ซึ่งจะเห็นว่า คพร. กำหนดให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ทั้งนี้ จะต้องไม่เกินกรอบอัตรากำลัง และวงเงินงบประมาณภาพรวมที่ได้รับจัดสรร 2) มีกลไกในการบริหารกรอบอัตรากำลังในภาพรวมของกระทรวงที่เรียกว่า “คณะทำงานบริหารอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจ ในกระทรวงสาธารณสุข” ซึ่งแต่งตั้งโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดหน้าที่และอำนาจ (1) จัดสรรกรอบอัตรากำลัง (2) จัดทำข้อเสนอการเกลี่ยอัตรากำลัง และการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งเพื่อเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณา (3) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการสรรหาและเลือกสรร (4) ประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาด (5) ติดตามและควบคุมการจ้างงานเพื่อรายงานผลต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ จากการบริหารกรอบอัตรากำลังในภาพรวมปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาอนุมัติ และเห็นชอบการเปลี่ยนแปลงตำแหน่ง รายละเอียดตามตารางที่ 3 และตารางที่ 4



ตารางที่ 3 ตารางสรุปการบริหารกรอบอัตรากำลัง ของกระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่ง	คพร.จัดสรร	จัดสรรปกติ	เปลี่ยนตำแหน่ง	ใช้ไป	คงเหลือ
แพทย์	504	55	-	55	449
พยาบาลวิชาชีพ	3,945	950	846	1,796	2,149
นักวิชาการสาธารณสุข	551	551	-	551	-
รวม	5,000	1,556	846	2,402	2,598
		2,402			

ตารางที่ 4 ตารางแสดงกรอบอัตรากำลังหลังการเปลี่ยนตำแหน่ง ของทุกส่วนราชการ

ชื่อตำแหน่ง	อัตราเดิม	อัตราใหม่
แพทย์	55	47
พยาบาลวิชาชีพ	950	929
นักวิชาการสาธารณสุข	1,084	1,174
เภสัชกร	9	9
นักเทคนิคการแพทย์	269	213
นักรังสีการแพทย์	6	2
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	29	28
รวม	2,402	2,402

ซึ่งจะเห็นว่า การบริหารกรอบอัตรากำลัง ภายใต้วงเงินที่ได้รับจัดสรรช่วงเดือนมีนาคม 2565 หากนับถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 จะมีเวลาในการจ้างคงเหลือเพียง 6 เดือน กระทรวงสาธารณสุข จึงต้องพิจารณาการจ้างงาน โครงการดังกล่าวให้สอดคล้องกับความจำเป็นในแต่ละพื้นที่ และจากตารางที่ 4 พบว่า มีการเปลี่ยนตำแหน่งจากที่ คพร. อนุมัติเป็นสายงานบริการทางการแพทย์อื่น 4 สายงาน ได้แก่ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์

3. แนวทางในการสรรหาและเลือกสรร เมื่อเปรียบเทียบกับข้อเสนอแนวทางการจัดสรรกรอบอัตรากำลัง และกลไกการบริหารจัดการพนักงานราชการเฉพาะกิจ ที่สำนักงาน ก.พ. เสนอ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดแนวทางตามที่ คพร. กำหนด ดังนี้ 1) การสรรหาและเลือกสรร มีคำสั่งมอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ (1) แต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาและเลือกสรร (2) การสรรหาและเลือกสรร (3) การจ้าง การลงนามในสัญญาจ้าง และการสั่งให้พนักงานราชการเฉพาะกิจปฏิบัติงาน (4) การประเมินผลการปฏิบัติงาน (5) การเลิกจ้าง และการสิ้นสุดสัญญาจ้าง สำหรับกรมในสังกัดสามารถดำเนินการได้เช่นเดียวกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2) การสรรหาและ



เลือกสรรให้กรมหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดทำประกาศรับสมัคร ทั้งนี้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครต้องไม่เป็นพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน รายวัน และจ้างเหมาบริการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้มาปฏิบัติงาน ลดภาระเจ้าหน้าที่เดิม สำหรับการดำเนินการในครั้งนี้มีแผนการดำเนินการ และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดรูปแบบเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการระบุลักษณะงานที่จะปฏิบัติของแต่ละตำแหน่ง เช่น (1) ตำแหน่งนายแพทย์ ปฏิบัติงานตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ฟื้นฟู ส่งเสริม สุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค และภัยสุขภาพแก่ผู้ป่วยโควิด-19 ดูแลผู้ป่วยในระบบ Home isolation (HI), Community isolation (CI) (2) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานส่งเสริมและพัฒนาศูนย์บริการพยาบาล ตรวจวินิจฉัย ให้การพยาบาล ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ดูแลผู้ป่วยในระบบ Home isolation (HI), Community isolation (CI) เป็นต้น⁽¹³⁾

4. ระยะเวลาการจ้างงานหรือพิจารณาเลิกจ้าง จากประเด็นที่ผู้วิเคราะห์ได้นำเสนอปัญหาข้อจำกัดเรื่องของการขอรับการจัดสรรงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะทำงานบริหารอัตราากำลัง ได้กำหนดกลไกในการจ้างงาน โดยใช้ระบบสัญญาจ้างพนักงานราชการเฉพาะกิจเป็นเครื่องมือในการบริหารงบประมาณ และการบริหารกรอบอัตรากำลังให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และความจำเป็นกำหนดให้มีระยะเวลาในสัญญาจ้างไม่เกิน 3 เดือน หากมีการกิจต่อเนื่องสามารถจ้างต่อได้อีกคราวละ 3 เดือน โดยไม่ต้องสรรหาใหม่

5. การตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน จากเอกสารการดำเนินการไม่ปรากฏรายละเอียดแนวทางการตรวจสอบและประเมินผลในแต่ละขั้นตอน หรือกิจกรรม มีเพียงการรายงานการส่งลงพื้นที่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ของกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระบุประเด็นข้อสังเกต อาทิเช่น 1) หลักเกณฑ์การพิจารณาไม่ได้กำหนดน้ำหนักคะแนนแต่ละด้าน และไม่มี การประชุมสรุปผลการคัดเลือกของคณะกรรมการ 2) การควบคุมการปฏิบัติงานไม่มีหนังสือส่งตัว การไปปฏิบัติงานของผู้ที่ได้รับการจ้างที่หน่วยงานในแต่ละพื้นที่ และไม่มีการบันทึกเวลาที่ชัดเจน 3) ไม่ได้จัดทำผังการปฏิบัติงานของงานการเจ้าหน้าที่ให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมการดำเนินงาน 4) แบบประเมินผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ผู้ประเมินไม่ได้สรุปความเห็นของผู้ประเมิน การตรวจสอบและประเมินผล จึงยังไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม และทุกพื้นที่

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิเคราะห์ พบว่า 1) กรอบอัตรากำลังที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรร จำนวน 5,000 อัตรา โดยความเห็นของคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ (คพร.)⁽²⁾ มีผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องขอรับจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยงานกลาง 2 ครั้ง ได้แก่ สำนักงานสภาพัฒนาการ



เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ และสำนักงบประมาณ⁽¹⁵⁾ ซึ่งมีระเบียบวิธีการทางงบประมาณที่ซับซ้อน และได้รับการจัดสรรงบประมาณในการจ้างงานในเดือนมีนาคม 2565 จำนวน 2,402 อัตรา ทำให้เหลือระยะเวลาจ้างงานเพียง 6 เดือน 2) การบริหารกรอบอัตรากำลังของกระทรวง ตามแนวทางที่ คพร. กำหนด มีความยืดหยุ่น คล่องตัว สามารถพิจารณาเกลี่ยอัตรากำลัง และเปลี่ยนตำแหน่งให้เหมาะสมตามความจำเป็น ทั้งนี้ ภายใต้วงเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร 3) การสรรหาและเลือกสรรมีการกำหนดแผนและแนวทางปฏิบัติไว้ชัดเจน 4) ระยะเวลาการจ้างงานหรือพิจารณาเลิกจ้างกระทรวงสาธารณสุขกำหนดกลไกในการจ้างงานโดยระบบสัญญาจ้างที่มีข้อกำหนด และเงื่อนไขระยะเวลาการจ้างไม่เกิน 3 เดือน กรณียังมีการกีดกันต่อเนื่อง สามารถจ้างต่อได้คราวละ 3 เดือน โดยไม่ต้องสรรหาใหม่ 5) สำหรับการตรวจสอบและประเมินผลยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน ยังไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม และทุกพื้นที่ ดังนั้น จะเห็นว่าการจ้างงานในรูปแบบพนักงานราชการเฉพาะกิจในโครงการนี้ มีความยืดหยุ่น คล่องตัว สอดคล้องกับบริบทของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งมีกลไกในการจ้างงานเป็นเครื่องมือในการบริหารงบประมาณ และกรอบอัตรากำลัง โดยผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการจ้างงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่า มีการจ้างงานภาพรวม จำนวน 1,933 อัตรา คิดเป็นร้อยละ 80 อยู่ภายใต้เงื่อนไขการจัดสรรกรอบอัตรากำลัง ที่ คพร. กำหนด รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลการทำสัญญาจ้างจำแนกรายสายงาน และระยะเวลาตามสัญญาจ้างของส่วนราชการ

ส่วนราชการ/สายงาน	ขอจัดสรร งบกลาง (อัตรา)	จำนวนที่มีการทำสัญญาจ้าง (อัตรา)				ไม่มี การจ้าง
		จ้าง 3 เดือน (1 สัญญา)	จ้าง 6 เดือน (2 สัญญา)	รวม	คิดเป็น	
สำนักงานปลัดกระทรวง	1,814	1,062	416	1,478	81%	336
นักเทคนิคการแพทย์	149	60	40	100	67%	49
นักรังสีการแพทย์	2		1	1	50%	1
นวก.สาธารณสุข	891	718	162	880	99%	11
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	9	5	4	9	100%	
พยาบาลวิชาชีพ	726	268	206	474	65%	252
แพทย์	30	9	1	10	33%	20
เภสัชกร	7	2	2	4	57%	3
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	33	18	5	23	70%	10
นักเทคนิคการแพทย์	8			-	0%	8
นักวิชาการสาธารณสุข	2	2		2	100%	
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	19	14	5	19	100%	
พยาบาลวิชาชีพ	2	1		1	50%	1



ส่วนราชการ/สายงาน	ขอจัดสรร งบกลาง (อัตรา)	จำนวนที่มีการทำสัญญาจ้าง (อัตรา)				ไม่มี การจ้าง
		จ้าง 3 เดือน (1 สัญญา)	จ้าง 6 เดือน (2 สัญญา)	รวม	คิดเป็น	
เภสัชกร	2	1				1
กรมควบคุมโรค	381	259	80	339	89%	42
นักเทคนิคการแพทย์	56	30	17	47	84%	9
นักวิชาการสาธารณสุข	245	187	45	232	95%	13
พยาบาลวิชาชีพ	80	42	18	60	75%	20
กรมการแพทย์	174	66	27	93	53%	81
นักวิชาการสาธารณสุข	36	30	4	34	94%	2
พยาบาลวิชาชีพ	121	35	22	57	47%	64
แพทย์	17	1	1	2	12%	15
รวมทั้งสิ้น	2,402	1,405	528	1,933	80%	469

เมื่อแยกรายสายงานของแต่ละส่วนราชการ รวมทั้งการจ้างงานตามสถานการณ์จริง มีการจ้างงานต่อเนื่อง 6 เดือน (2 สัญญา) เพียง 528 อัตรา

ผู้วิเคราะห์มีความเห็นเพิ่มเติมว่า การแก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤต โดยการเพิ่มจำนวนบุคลากรเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการ หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันทั่วทั้งที่ อาจทำให้ภาระงานของบุคลากรเพิ่มสูงขึ้น บุคลากรขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการลาออกเพิ่มขึ้น

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์ การจ้างบุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบพนักงานราชการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเหมาะสมกับบทบาทภารกิจและบริบทของหน่วยบริการ มีกลไกการทำงานเป็นเครื่องมือในการบริหารงบประมาณ และกรอบอัตรากำลังที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว สำหรับประเด็นที่ผู้วิเคราะห์เห็นว่า ควรจัดทำเป็นข้อเสนอแนะ มี 2 ประเด็น ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อองค์กรกลางด้านบริหารงานบุคคล และหน่วยงานกลางด้านงบประมาณ ควรมีการทบทวนกฎหมาย และขั้นตอนวิธีการทางงบประมาณ และกำหนดแนวทางการจัดสรรกรอบอัตรากำลังในภาวะวิกฤติ และพิจารณาจัดสรรวงเงินงบประมาณไปในคราวเดียวกัน เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างทันทั่วทั้งที่



2. ข้อเสนอแนะที่ควรนำมาศึกษาในโอกาสต่อไป ประเด็นการตรวจสอบและประเมินผลโครงการที่มีแนวทางชัดเจน ครอบคลุมทุกขั้นตอน และกิจกรรมหลักที่สำคัญ รวมทั้งสามารถประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ และงบประมาณที่ใช้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19. รายงานสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://media.thaigov.go.th>
2. คณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ. การจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจ. นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล; 2564.
3. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้. กรุงเทพฯ: กองพัฒนายุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ; 2564.
4. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. ข้อเสนอแนวทางการจัดสรรกรอบอัตรากำลังและกลไกการบริหารจัดการพนักงานราชการเฉพาะกิจ. นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบบำนาญตำแหน่งและค่าตอบแทน; 2564.
5. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง). (2564, 25 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 138 ตอนพิเศษ 44 ง. หน้า 1.
6. กฤษฎา แสงดี และคณะ. การศึกษารูปแบบการจ้างงาน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในภาครัฐของประเทศไทยในอีก 15 ปีข้างหน้า [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4988?locale-attribute=th>
7. สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล. คู่มือแนวทางการปฏิบัติการที่รองรับชีวิตและการทำงานวิถีใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ocsc.go.th/node/8321#gsc.tab=0>
8. กฏ ก.พ.ว่าด้วยการพัฒนาและทดสอบนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล พ.ศ.2565. (2565, 10 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 139 ตอนที่ 16 ก. หน้า 12-15.
9. กระทรวงสาธารณสุข. การขอรับการจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การจัดสรรกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการเฉพาะกิจ. นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล; 2564.



11. สำนักงานประมาณ.ขอรับการจัดสรรเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565
งบกลาง รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการ
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. กรุงเทพฯ: กองจัดทำงบประมาณด้านสังคม 3; 2565.
12. กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งคณะทำงานบริหารอัตราค่าจ้าง
พนักงานราชการเฉพาะกิจในกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
13. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.การสรรหาและเลือกสรรพนักงานราชการเฉพาะกิจ
เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี:
กองบริหารทรัพยากรบุคคล; 2565.
14. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอโครงการที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม
จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ.2564. นนทบุรี: สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารทรัพยากรบุคคล; 2564.
15. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.ขอรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ
พ.ศ.2565 งบกลาง รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ
จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กองบริหารทรัพยากรบุคคล; 2564.



**ความรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ
จากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ต่อกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน
ของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก**

**HEALTH LITERACY AND BEHAVIOR TO PREVENT HEALTH IMPACTS FROM FINE
PARTICULATE MATTER (PM) 2.5 MICRONS OF PRE-SCHOOL CHILDREN FROM
TEACHERS AT THE CHILD DEVELOPMENT CENTER**

Received: November 03, 2023

Revised: January 24, 2024

Accepted: February 10, 2024

สุภัทรา สามัง¹, ศิริชัย รินทะราช^{1*}

Supattra Samung¹, Sirichai Rintarhat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 36 คน ระยะเวลาศึกษาเดือน กุมภาพันธ์ 2566 - มีนาคม 2566

ผลวิจัย พบว่า ครูผู้ดูแลเด็ก มีระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ครูผู้ดูแลเด็ก มีระดับความรู้ ด้านการเข้าถึงข้อมูล อนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.23 ส่วนความรู้ด้านเข้าใจข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97, 3.85 และ 3.86 ตามลำดับ ในขณะที่ผลการประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมของครูผู้ดูแลเด็ก อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39

สรุปว่า ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กเล็ก ด้านสามารถเข้าถึงข้อมูล อยู่ระดับมากที่สุด และด้านเข้าใจข้อมูล ด้านการตรวจสอบข้อมูล ด้านการตัดสินใจ อยู่ระดับความรู้มาก ข้อเสนอแนะหน่วยงานสาธารณสุข ควรมีการอบรมเสริมสร้างพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, ฝุ่นละอองขนาดเล็ก

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: Sirichai.Ph.D@gmail.com



Abstract

The purpose of this research was to study the of health literacy and evaluate environmental health behaviors of teachers at child development centers in preventing health effects of fine particulate matter with a diameter of 2.5 microns (PM_{2.5}) on vulnerable preschool children. Descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, were employed in the analysis. The study involved a sample group of 36 teachers from young child development centers, and the data collection period spanned from February 2023 to March 2023.

The results of the research found the child care teachers had a high level overall environmental health of health literacy, with an average score of 3.97. When examining each aspect, it was observed that child development center teachers exhibited the highest level of knowledge in accessing environmental health information, with an average score of 4.23. In terms of health literacy related to understanding information, data verification, and making environmental health decisions to protect health, child care teachers demonstrated high levels, with averages of 3.97, 3.85 and 3.86, respectively. However, the overall assessment of environmental health behavior among these teachers revealed a moderate level, with an average score of 3.39.

It was concluded that the child care teachers exhibit the highest level of environmental health of health literacy in the aspect of accessing information. Additionally, their understanding of data, and decision-making reflects a very knowledgeable level. The findings suggest a need for training programs to reinforce environmental health behavior among teachers in child care teachers at a moderate level.

Keywords: Health literacy of Environmental health, Child Development Center, Particulate matter



บทนำ

สถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ในประเทศไทย พบว่า ปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ เกินเกณฑ์มาตรฐานในหลายพื้นที่ โดยคุณภาพอากาศอยู่ในระดับปานกลางจนถึง มีผลกระทบต่อสุขภาพ⁽¹⁾ ซึ่งประเทศไทย เริ่มมีปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ตั้งแต่ปี 2554 พบ เกินมาตรฐานทุกปี ในหลายพื้นที่ มีสาเหตุมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรม การจราจร และการเผาในที่โล่ง โดยเฉพาะในเมืองขนาดใหญ่และเขตอุตสาหกรรม ที่มีการจราจรหรือบรรทุก ขนส่งหนาแน่น⁽²⁾ นอกจากนี้ ยังพบว่า มีชาวบ้านเผาเศษใบไม้ ใบหญ้า และพืชผลทางการเกษตร อย่างต่อเนื่องในฤดูหลังการเก็บเกี่ยว จนส่งผลกระทบต่อชาวบ้านและประชาชน⁽³⁾ ปัญหาฝุ่นละออง ขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) เป็นปัญหามลพิษที่ค่าเกินมาตรฐานที่กำหนดเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่ง ผลกระทบต่อสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว⁽⁴⁾ สารมลพิษในฝุ่นละอองสามารถเข้าสู่อวัยวะในระบบ ทางเดินหายใจได้โดยตรง PM_{10} และ $PM_{2.5}$ จะเข้าไปสะสมในปอด และ $PM_{2.5}$ สามารถเข้าสู่ระบบ กระแสเลือดได้⁽⁵⁾ ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตทั้งโรคระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและ หลอดเลือด ระบบตา ระบบผิวหนัง นอกจากนี้ ฝุ่นละอองขนาดเล็กยังเพิ่มความเสี่ยงของอัตราตาย จากภาวะเส้นเลือดอุดตันในสมองอีกด้วย เนื่องด้วย $PM_{2.5}$ มีขนาดเล็กมากสามารถเข้าสู่ระบบทางเดิน หายใจของมนุษย์ เป็นสาเหตุของผลกระทบต่อด้านสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว จากข้อมูล State of Global Air ระบุว่า $PM_{2.5}$ ก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทยประมาณ 37,500 ราย ซึ่งเป็นวิกฤติด้านสาธารณสุขที่เด็ก คนสูงวัย และกลุ่มประชากรเสี่ยงในสังคมได้รับผลกระทบ มากที่สุด⁽⁶⁾ และพบว่า ฝุ่นละอองขนาดเล็กส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและส่งผลอย่างชัดเจน ในกลุ่มอายุ 10 – 12 ปี โดยเยาวชนเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากฝุ่นละอองได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากปอดและระบบภูมิคุ้มกันยังอยู่ในระยะกำลังพัฒนา⁽⁷⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่แล้ว เยาวชน ใช้เวลากลางแจ้งมากกว่าอยู่ในบ้าน⁽⁸⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์ฝุ่นละออง ขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ จากเครื่องเฝ้าระวังฝุ่นละอองขนาดเล็ก (Dustboy) พบว่า มีค่าสูงเกินมาตรฐานและ มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในช่วงเดือนพฤศจิกายน - มีนาคม ของทุกปี พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 ตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กระหว่างปี 2561 - 2565 พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

ค่ามาตรฐานไม่เกิน $37.5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ กรมควบคุมมลพิษ

ปี	เดือน				
	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม
2561	$32 \mu\text{g}/\text{m}^3$	$34 \mu\text{g}/\text{m}^3$	$32 \mu\text{g}/\text{m}^3$	$51 \mu\text{g}/\text{m}^3$	$49 \mu\text{g}/\text{m}^3$



ปี	เดือน				
	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม
2562	3 ug/m ³	42 ug/m ³	37 ug/m ³	68 ug/m ³	69 ug/m ³
2563	28 ug/m ³	37 ug/m ³	43 ug/m ³	45 ug/m ³	50 ug/m ³
2564	34 ug/m ³	39 ug/m ³	49 ug/m ³	46 ug/m ³	51 ug/m ³
2565	25 ug/m ³	18 ug/m ³	24 ug/m ³	28 ug/m ³	35 ug/m ³

สาเหตุการเกิดฝุ่นละอองขนาดเล็กเกิดจากเกษตรกรรมเผาไร่ นา เผาป่าหาอาหารป่า และมลพิษข้ามพรมแดนจากฝั่งประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกลุ่มเปราะบาง และจะเห็นได้ว่าประชาชนและกลุ่มเปราะบางยังขาดความรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันตนเอง

จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินงานป้องกันผลกระทบต่อฝุ่นละอองขนาดเล็กในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียนโดยพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปลอดฝุ่นในปี 2565 ซึ่งครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแทรกความรู้การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีสนใจศึกษาความรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ต่อกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน
2. เพื่อประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ต่อกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ของครูผู้ดูแลเด็กมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้



การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Cross sectional Survey Research) วิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งใช้วิธีการเชิงปริมาณ และเครื่องมือแบบสอบถาม เพื่อประเมินพฤติกรรมพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีความพร้อมด้านอาคารสถานที่ และเหมาะสมด้านกายภาพในการพัฒนาเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปลอดฝุ่น จำนวน 36 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) อำเภอละ 2 แห่ง รวม 36 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นครูผู้ดูแลเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนแห่งละ 1 คน รวม 36 คน

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 - มีนาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามชุดที่ 1 (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ระดับ 5 คือ มากที่สุด ระดับ 4 คือ มาก ระดับ 3 คือ ปานกลาง ระดับ 2 คือน้อย และระดับ 1 คือน้อยที่สุด เกี่ยวกับระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการทำงานเป็นครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 4) ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ

2. แบบสอบถามชุดที่ 2 (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ระดับ 5 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ระดับ 4 คือ ปฏิบัติบ่อยๆ ระดับ 3 คือ บางครั้ง ระดับ 2 คือนานๆ ครั้ง และระดับ 1 คือ ไม่ปฏิบัติ ประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็ก



ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 40 ชื่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าค่า IOC (Index of item objective congruence) ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์นำไปใช้ได้

2. การทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) โดยกลุ่มครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)⁽⁹⁾ ที่มีค่าความเชื่อมั่น ตั้งแต่ 0.78 ขึ้นไป โดยพิจารณาทั้งรายด้านและทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน เท่ากับ 0.834-0.950 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.960

3. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบเพียร์สัน โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) โดยคะแนนรวมของทุกข้อคำถามนั้นมีค่าเป็นบวกระหว่าง 0.730-0.941 ซึ่งเป็นค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.50$ ($r = 0.296$) ปรากฏข้อคำถามผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การแปลผลประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย ค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายความว่า มีพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายความว่า มีพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายความว่า มีพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายความว่า มีพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.01-1.80 หมายความว่า มีพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับน้อยที่สุด

2. การแปลความหมายระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) แบ่งเป็น 5 ชั้น โดยการแบ่งช่วงเฉลี่ย⁽¹⁰⁾ กล่าว คือ

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับความรู้มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับความรู้มาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับความรู้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับความรู้น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.01-1.80 หมายถึง มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับความรู้น้อยที่สุด



ความกว้างของอันตรายภาคชั้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.79 บัดเป็นค่าเฉลี่ย 0.80 ซึ่งได้ค่ามาจากการคำนวณโดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์⁽¹¹⁾

$$\text{ความกว้างอันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

สถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรู้และประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 15/2566 ชื่อโครงการวิจัย ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียนของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่รับรองการพิจารณาจริยธรรม วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

การศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ต่อกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นำเสนอใน 3 ประเด็น คือ

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป

2. ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน

3. การประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน



รายละเอียดดังนี้

1. ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 36 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 มีอายุระหว่าง 30-57 ปี โดยอายุเฉลี่ย 46.80 ปี ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 77.8 มีอายุการทำงานในการเป็นครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระหว่าง 2-28 ปี และมีอายุงานเฉลี่ย 15.5 ปี (S.D. = 6.7)

2. ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับความรู้มากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 (S.D. = 0.63) 2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับความรู้มาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (S.D. = 0.14) 3) การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับความรู้มาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 (S.D. = 0.68) 4) การตัดสินใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันสุขภาพค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับความรู้มาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (S.D.= 0.6) โดยรวมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับความรู้มาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (S.D. = 5.2) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	S.D.	ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
1. การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	4.23	0.63	ระดับความรู้มากที่สุด
2. การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.97	0.14	ระดับความรู้มาก
3. การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.85	0.68	ระดับความรู้มาก
4. การตัดสินใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันสุขภาพ	3.86	0.60	ระดับความรู้มาก
โดยรวม	3.97	0.52	ระดับความรู้มาก

3. ผลการประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า 1) ด้านการวางแผนการเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ระดับพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 (S.D.= 0.85) 2) ด้านการปฏิบัติเฝ้าระวังสุขภาพ



จากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39 (S.D.= 0.92) 3) ด้านการจัดการ
ความสะอาดและสิ่งแวดล้อมพื้นที่นันทนาการในการเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D. = 0.83) 4) ด้านการสร้างความรู้ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครอง
และชุมชนในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.38
(S.D.= 0.91) 5) ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์และเตือนภัย ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.22
(S.D.= 0.86) 6) ด้านการซ่อมแซมฉุกเฉินและการพยาบาล ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 (S.D. = 0.94)
7) ด้านการตรวจสอบและการปรับปรุงในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก
ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D. = 0.96) โดยรวมระดับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.39 (S.D.= 0.93)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกัน
ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน

พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	S.D.	ระดับ พฤติกรรมป้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพ
1. ด้านการวางแผนการเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่น ละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$	4.19	0.85	ระดับมาก
2. ด้านการปฏิบัติเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละออง ขนาดเล็ก $PM_{2.5}$	3.39	0.92	ระดับปานกลาง
3. ด้านการจัดการความสะอาดและสิ่งแวดล้อมพื้นที่ นันทนาการในการเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละออง ขนาดเล็ก $PM_{2.5}$	4.12	0.83	ระดับมาก
4. ด้านการสร้างความรู้ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองและชุมชน ในการป้องกันผลกระทบต่อ สุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก	3.38	0.91	ระดับปานกลาง
5. ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์และเตือนภัย	4.22	0.86	ระดับมากที่สุด
6. ด้านการซ่อมแซมฉุกเฉินและการพยาบาล	3.35	0.94	ระดับปานกลาง
7. ด้านการตรวจสอบและการปรับปรุงในการป้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก	3.87	0.96	ระดับมาก
โดยรวม	3.39	0.93	ระดับปานกลาง



สรุปผลการวิจัย

การศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ต่อกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีระดับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.23 ส่วนความรอบรู้ด้านเข้าใจข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97, 3.85 และ 3.86 ตามลำดับ ในขณะที่ผลการประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39

ผลการประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า โดยรวมระดับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า 1) ด้านการวางแผนการเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ระดับพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 2) ด้านการปฏิบัติเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39 3) ด้านการจัดการความสะอาดและสิ่งแวดล้อมพื้นที่นันทนาการในการเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.12 4) ด้านการสร้างความรู้ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองและชุมชน ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.38 5) ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์และเตือนภัย ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.22 6) ด้านการซ่อมแผนฉุกเฉินและการพยาบาล ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 7) ด้านการตรวจสอบและการปรับปรุงในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ค่าเฉลี่ย 3.87

อภิปรายผลการวิจัย

ในด้านความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน เปรียบเทียบกับเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาบุคลากรองค์กรแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เกิดจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับมากที่สุด⁽¹²⁾ เนื่องจากการสื่อสารสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กอย่างต่อเนื่อง และพบว่า ผลการศึกษาสอดคล้องการพัฒนาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละออง ($PM_{2.5}$) อยู่ในระดับมาก⁽¹³⁾ และความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก



ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดตาก พบว่า ระดับความรอบรู้อยู่ระดับปานกลาง ในส่วนของปัจจัยด้านการศึกษาและอายุมีผลต่อความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁴⁾

ในด้านของพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) พบว่า อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการผลการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ เขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁵⁾ ซึ่งต่างจากพฤติกรรมในการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก⁽¹³⁾ และพบว่า การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กของประชาชน กรณีศึกษาบริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันฝุ่นอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงสุด ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากพิษภัยของฝุ่นละอองขนาดเล็ก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของฝุ่นละอองขนาดเล็ก ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก⁽¹⁶⁾ เนื่องจากบริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ กรุงเทพมหานคร มีการจราจรอย่างต่อเนื่องตลอดปี ส่งผลให้มีฝุ่นละอองขนาดเล็ก และการทำกิจกรรมกลางแจ้งมีโอกาสรับฝุ่นละอองขนาดเล็กมากกว่าปกติ และมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยให้ประชาชนโดยรอบมีการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการส่งเสริมการจัดทำหลักสูตรอบรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มเปราะบางเด็กก่อนวัยเรียน ของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. ควรส่งเสริมนโยบายพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ควรติดตามประเมินผลความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาขยายผลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นห้องเรียนปลอดฝุ่น



เอกสารอ้างอิง

1. สุธารัตน์ หมั่นปี และศุภิระ บุตรดี. การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการได้รับฝุ่น Pm 2.5 จากพื้นที่อุตสาหกรรมในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. Naresuan Phayao Journal Vol. 14 No.3 September – December 2021.
2. อังศินันท์ อินทรกำแหง และคณะ, 2563 อังศินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับสำนักอนามัย สิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). การรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และ จัดทำรายงานผลการดำเนินงานเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการจัดการสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขต เมืองและเขตชนบท. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
3. กรมควบคุมมลพิษ. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2562. แผนปฏิบัติการ ขับเคลื่อนวาระแห่งชาติการแก้ไขปัญหาหมอกควันมลพิษด้านฝุ่นละออง.
4. สุภาภรณ์พิมพ์ รัตตสัมพันธุ์, นิชนันท์ ศิริบารมีสิทธิ์, ชนินทร รัตตสัมพันธุ์. ความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของหญิง ตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี. Academic Journal of Community Public Health Vol.9 No.1 January - March 2023.
5. กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558. แนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยง จากมลพิษทางอากาศขนาดเล็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง ประเทศไทย.
6. กรีนพีซ ไทยแลนด์. ฝุ่น Pm2.5 ทำร้ายเราโดยไม่รู้ตัว [อินเทอร์เน็ต]. 2565 เข้าถึงได้จาก: <https://www.greenpeace.org/thailand/explore/protect/cleanair/pm25-harm>
7. Arden, C. Pope} III and Douglass W.Dockery. Acute health effect of PM10 pollution on symptomatic and asymptomatic children. American Review of Respiration Disease. 145. 5: 1123-1128, 1992.
8. สรวิชัย ลิทธิยศ, ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง และประจวบ แหลมหลัก. ความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกัน PM2.5 ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเฝ้าในที่โล่งใน จังหวัดพะเยา ประเทศไทย. Academic Journal of Community Public Health Vol.9 No.1 January - March 2023.
9. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951; 16: 297-334.
10. บุญชม ศรีสะอาด 2554. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.



11. ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. 2539 สถิติพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
12. ญาณิสรา พึ่งเกตุ และคณะ. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของบุคลากร ภูมิศึกษา: องค์กรแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสาร มจร.วิชาการ ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565.
13. วิชัย ศรีผา. การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2564 - มกราคม 2565.
14. โชคชัย เกตุสถิต และปวีณา แก้วเขียว. ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (Pm2.5) ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดตาก. วารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค ศร.2 พิษณุโลก. ปีที่ 9 ฉบับที่ 22 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565.
15. มัตติกา ขงอยู่. ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขตเมืองอุตสาหกรรม ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 44 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2564.
16. กฤษณ์วร จันทร์ศรี. การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กของประชาชน: ภูมิศึกษาบริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2563.



การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของสามเณร ในโรงเรียนปริยัติธรรม จังหวัดอุบลราชธานี

THE COMPARISONS OF PERSONAL CHARACTERISTICS AND EVERAGE SLEEP QUALITY AMONG NOVICES AT PARTIYATITAM SCHOOL IN UBON RATCHATHANI PROVINCE

Received: November 12, 2023

Revised: February 07, 2024

Accepted: February 14, 2024

นฤมล กิ่งแก้ว^{1*}

Naruemol Kingkaew^{1*}

บทคัดย่อ

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสัมพันธ์กับการทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของสามเณรในโรงเรียนปริยัติธรรม จังหวัดอุบลราชธานี เก็บตัวอย่างระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยการสัมภาษณ์ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 317 รูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ One-Way ANOVA กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการบวชมากที่สุด 1-2 ปี ร้อยละ 40.4, คุณภาพการนอนหลับโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.4 และระดับไม่ดี ร้อยละ 42.6, ร้อยละ 71.0 ของกลุ่มตัวอย่างถูกรบกวนการนอนหลับ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 1-9 คะแนน มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยในระดับดีมาก ร้อยละ 62.1 และมีประสิทธิภาพการนอนมากกว่า 85% ร้อยละ 55.5 ผลการวิเคราะห์ One-Way ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มอายุ ระยะเวลาการบวช และโรคประจำตัวไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ: กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีปัญหาการนอนหลับจากการถูกรบกวนภายใต้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ นอนหลับยาก ดังนั้น จึงควรมีการแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างให้การนอนหลับมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ, สามเณร, โรงเรียนปริยัติธรรม, จังหวัดอุบลราชธานี

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: nkingkaew@scphub.ac.th



Abstract

Poor sleep quality is associated with the development of various chronic diseases. This study aimed to investigate the sleep quality index and compared general characteristics and average sleep quality among novices in Pariyatitam schools located in Ubon Ratchathani province. Samples was employed between February and May 2021 by structured questionnaire interview, selecting a total of 317 samples. Statistical analysis included number, percentage, mean, standard deviation (S.D.) and One-Way ANOVA, with a significance level of 0.05.

The results revealed that most samples had been ordained for 1-2 years (40.4%). In terms of overall sleep quality, 57.4% of the samples had good sleep quality, while 42.6% had poor sleep quality. Seventy one percent of the samples experienced sleep disturbances, with scores ranging from 1 to 9. Subjective sleep quality was excellent for 62.1%, and 55% achieved efficient sleep, with percentages ranging of more than 85%. One-Way ANOVA results showed no significant differences in sleep quality among age groups, duration of ordination, and the presence of chronic diseases.

Recommendations: Some samples experienced sleep disturbances due to physical environmental factors and sleep difficulties. Therefore, it is suggested that the samples should be received guidance on high-quality sleep practices to promote their sleep effectiveness.

Keywords: Sleep quality, Novices, Pariyatitam school, Ubon Ratchathani province



บทนำ

การนอนเป็นการพักผ่อนที่มีความสำคัญมากสำหรับประชาชนทุกช่วงวัย ทุกกลุ่มอายุ หากนอนหลับพักผ่อนเพียงพอจะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สุขภาพจิตใจดี ไม่ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ และยังทำให้รู้สึกสดชื่น มีพลังงาน พลังใจในการทำกิจกรรมประจำวัน ในทางตรงกันข้าม การนอนหลับที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกายที่ไม่แข็งแรง อ่อนล้า ง่วงนอนตลอดทั้งวัน ภูมิคุ้มกันลดลง จะทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ระยะเวลาการนอนหลับสัมพันธ์กับสุขภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ ทั้งเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน⁽¹⁾ และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ ความสามารถในการจัดการปัญหา การตอบสนองที่ช้าลง ความจำลดลง หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิ อาจเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิต ส่งผลกระทบต่อการทำงาน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้⁽²⁾

เป็นที่ทราบกันว่า ระยะเวลาการนอนหลับไม่เพียงพออาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ วัยรุ่นควรนอนเฉลี่ยวันละ 9 ชั่วโมง⁽³⁾ อย่างไรก็ตามระยะเวลาการนอนไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ และเขตการปกครอง และพบว่า เด็กภาคเหนือนอนน้อยที่สุดเพียงวันละ 5 ชั่วโมง การนอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมงในเด็กอายุ 10-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.7 และการนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมงในเด็กอายุ 10-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.5 ตามลำดับ⁽¹⁾ จากโครงการติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด พ.ศ. 2551-2552 พบข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่นอายุ ระหว่าง 15-19 ปี ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการนอนหลับของวัยรุ่น เกิดจากการการเล่นอินเทอร์เน็ตเป็นประจำ ร้อยละ 42.17 การเครียดจนนอนไม่หลับ ร้อยละ 39.24 การดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.38 และการสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.14 ตามลำดับ⁽⁴⁾

สามเณรในโรงเรียนปริยัติธรรม อายุระหว่าง 13-18 ปี ถือเป็นเยาวชนช่วงวัยรุ่น มีกิจกรรมต่างๆ มากมายทั้งการศึกษาทางโลกและทางธรรม ทำวัตรเช้า ทำวัตรเย็น บิณฑบาต ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ อาจเกิดความวิตกกังวลจากการฉันอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากฉันอาหารเพียง 2 มื้อ⁽⁵⁾ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การเจริญเติบโตทางสรีรวิทยาล่าช้า และส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษาที่ผ่านมา^(2,3) สรุปได้ว่าการนอนหลับส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายด้าน การนอนหลับที่ไม่เพียงพออาจขัดขวางการเจริญเติบโตที่เหมาะสมตามช่วงอายุ ส่งผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาว เช่น ทำให้เกิดโรคเรื้อรังในอนาคต นอกจากนี้ กิจกรรมประจำวันของสามเณรยังแตกต่างจากประชาชนทั่วไป ความเครียด ความวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ ระยะเวลาการนอนที่ไม่เพียงพอ⁽⁴⁾ อาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับโดยภาพรวม อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงปัญหาสุขภาพในกลุ่มสามเณรอาจยังไม่ครอบคลุมในบางพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการนอนหลับของสามเณรและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของสามเณรในโรงเรียนปริยัติธรรมจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งถือเป็นจังหวัดขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 ใน



ภาคตะวันออกเฉียงเหนือรองจากจังหวัดนครราชสีมา⁽⁶⁾ และมีโรงเรียนปริยัติธรรมจำนวนมาก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของสามเณรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของสามเณรในโรงเรียนปริยัติธรรม จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของสามเณรในโรงเรียนปริยัติธรรม จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สามเณรอายุระหว่าง 13-18 ปี จำนวน 2,324 รูป ในจังหวัดอุบลราชธานี การสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกอำเภอ จำนวน 4 อำเภอ จากทั้งหมด 25 อำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกโรงเรียนปริยัติธรรม อำเภอละ 1 โรงเรียน โดยการสุ่มอย่างง่าย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงเรียน โดยการแบ่งสัดส่วนไม่เท่ากัน (Proportional-to-size : PPS) การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Daniel⁽⁷⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 279 รูป เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 15.0 จึงเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 320 รูป ทั้งนี้ มีผู้สมัครใจให้สัมภาษณ์ จำนวนทั้งสิ้น 317 รูป คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Respond rate) ร้อยละ 99.06 โดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\frac{\alpha}{2}} P(1 - P)}{d^2}$$

n : ขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$: ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติเท่ากับ 1.96

P : อัตราการเกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 23.8⁽⁸⁾

d : ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) สามเณรอายุระหว่าง 13-18 ปี ที่บรรพชาในโรงเรียนปริยัติธรรม จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) สามเณรที่ไม่สามารถติดต่อได้ ภายใน 3 ครั้ง



นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของสามเณร ซึ่งเป็นผลรวมจากการประเมินการนอนหลับ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละคืน และประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทยที่ดัดแปลงมาจาก Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)^(9,10)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ กลุ่มอายุ ระยะเวลาการบวช และโรคประจำตัว เป็นแบบสอบถาม ปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย ดัดแปลงจาก Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)⁽¹⁰⁾ 9 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ เชิงอัตนัย ระยะเวลาการนอนหลับ จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ ประสิทธิภาพการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในกลางวัน คำถามแต่ละองค์ประกอบ เป็นแบบสอบถามอัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าคะแนน 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ค่าคะแนนคุณภาพการนอนหลับรวมทั้งสิ้น 21 คะแนน การแปลผลคุณภาพการนอนหลับ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าคะแนน > 5 คะแนน คุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี ค่าคะแนน < 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพในด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.66 ขึ้นไปทุกข้อ⁽¹¹⁾ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองในประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 รูป และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค⁽¹²⁾ จากแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ส่วนที่ 2 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังโรงเรียนปริยัติธรรมในจังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นลงพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งชี้แจงถึงวิธีการเก็บรักษาข้อมูลโดยการเก็บรักษาเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ (Structured questionnaire interview) ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลหลังจากเก็บแบบสอบถาม โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2564



การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ One-Way ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ 3 กลุ่ม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี หนังสือรับรองเลขที่ 020/2563 ตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 17 มกราคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 13-14 ปี ร้อยละ 39.4 อายุเฉลี่ย 15.2 ปี มีระยะเวลาในการบวช 1-2 ปี ร้อยละ 40.4 ระยะเวลาในการบวชเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.9 โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 6.3 และหอบหืด ร้อยละ 3.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 317$)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
13-14 ปี	125	39.4
15-16 ปี	96	30.3
17-18 ปี	96	30.3
ค่าเฉลี่ย 15.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.81		
ระยะเวลาการบวช		
1-2 ปี	128	40.4
3-4 ปี	97	30.6
≥ 5 ปี	92	29.0
ค่าเฉลี่ย 2.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.83		



คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	285	89.9
หอบหืด	12	3.8
ภูมิแพ้	20	6.3

2. คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม และแยกตามองค์ประกอบ

คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามองค์ประกอบ สามารถอธิบายได้ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยในระดับดีมาก ร้อยละ 62.1 องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาการเข้านอนหลับ ระหว่าง 1-2 คะแนน ร้อยละ 51.4 องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ชั่วโมง ร้อยละ 48.6 องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนหลับมากกว่า 85% ร้อยละ 55.5 องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับมีค่าคะแนนระหว่าง 1-9 คะแนน ร้อยละ 71.0 องค์ประกอบที่ 6 ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 39.7 และคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวม ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.4 และระดับไม่ดี ร้อยละ 42.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกคุณภาพการนอนหลับ โดยภาพรวมและแยกตามองค์ประกอบ (n = 317)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย		
ดีมาก	197	62.1
ดี	114	36.0
ไม่ค่อยดี	6	1.9
ไม่ดีเลย	0	0.00
องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาเข้านอนจนหลับ		
0 คะแนน	90	28.4
1-2 คะแนน	163	51.4
3-4 คะแนน	63	19.9
5-6 คะแนน	1	0.3



คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับ		
≥ 7 ชั่วโมง	154	48.6
6 ชั่วโมง	76	24.0
≤ 5 ชั่วโมง	87	27.4
องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอน		
มากกว่า 85%	176	55.5
75-84%	49	15.5
65-74%	28	8.8
น้อยกว่า 65%	64	20.2
องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ		
0 คะแนน	8	2.5
1-9 คะแนน	225	71.0
10-18 คะแนน	82	25.9
>18 คะแนน	2	0.6
องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ		
ไม่เคยเลย	126	39.7
น้อยกว่า 4 ครั้ง/เดือน	104	32.8
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	50	15.8
3 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป	37	11.7
ระดับคุณภาพการนอนหลับโดยภาพรวมภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ดี (< 5 คะแนน)	135	42.6
ดี (> 5 คะแนน)	183	57.4

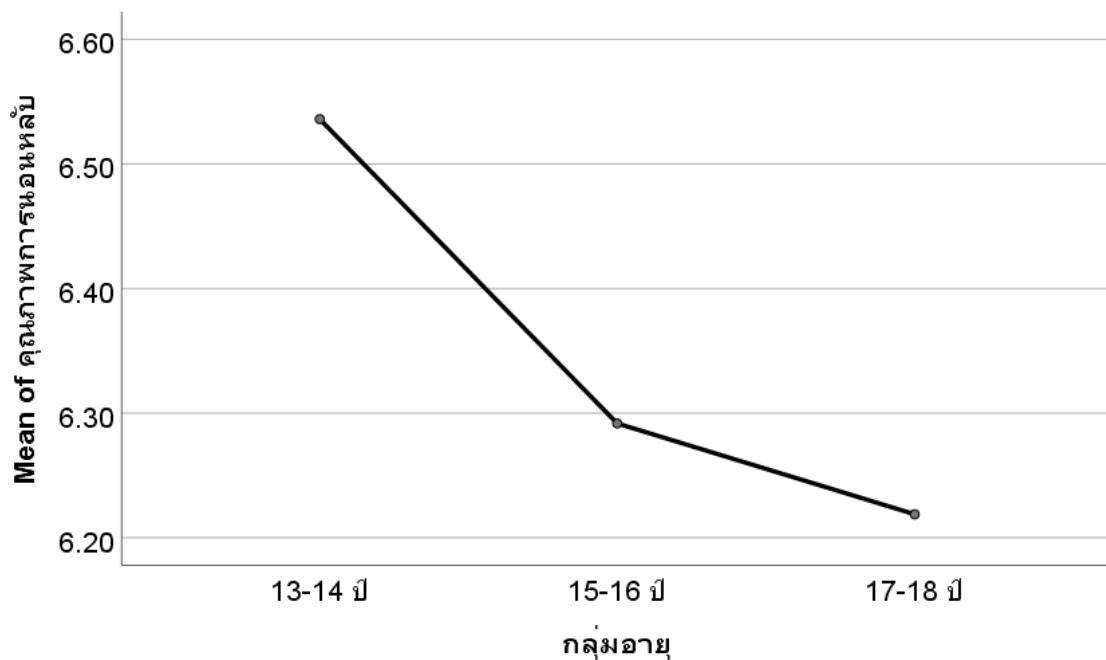
3. วิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ ระยะเวลาการบวช และโรคประจำตัวกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ ระยะเวลาการบวช และ โรคประจำตัวกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 317)

คุณภาพการนอนหลับ	แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	p-value
กลุ่มอายุ	ภายในกลุ่ม	2	6.22	3.11	4.58	0.633
	ระหว่างกลุ่ม	314	2135.33	6.80		
	รวม	316	2141.55			
ระยะเวลาการบวช	ภายในกลุ่ม	2	15.85	7.93	1.17	0.311
	ระหว่างกลุ่ม	314	2125.70	6.77		
	รวม	316	2141.55			
โรคประจำตัว	ภายในกลุ่ม	2	18.61	9.30	1.38	0.254
	ระหว่างกลุ่ม	314	2122.95	6.76		
	รวม	316	2141.55			



กราฟที่ 1 ค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับแยกตามกลุ่มอายุ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 13-14 ปี ร้อยละ 39.4 ระยะเวลาในการบวช 1-2 ปี ร้อยละ 40.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.9 คุณภาพการนอนหลับโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ภายใน



1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.4 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับค่าคะแนนระหว่าง 1-9 คะแนน มีค่าสูงสุดร้อยละ 71.0 ตามด้วย องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.1 และองค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนมากกว่า 85% คิดเป็นร้อยละ 55.0 ตามลำดับ

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ ระยะเวลาการบวช และโรคประจำตัว กับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ทั้ง 3 ตัวแปร

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.6 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนไปสู่ยุคโลกาภิวัตน์ สามเณรซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มวัยรุ่นน่าจะใช้เวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ต เฟซบุ๊ก จอคอมพิวเตอร์ หรือเครื่องมือสื่อสารเป็นเวลานาน ประกอบกับกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่แตกต่างไปจากประชาชนทั่วไป อาจส่งผลเกี่ยวข้องกับวงจรการหลับตื่น (Sleep wake cycle) และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างการนอนหลับ (Sleep architecture) ทำให้มีระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นลง หลับได้ไม่ลึก⁽¹³⁾ และอาจมีผลจากปัจจัยการรบกวนการนอนหลับ เช่น ความเจ็บป่วย ภาวะไม่สุขสบายต่างๆ ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ รวมถึงอาหาร ยา และสารเคมีต่างๆ ด้วย⁽¹⁴⁾

ผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ ระยะเวลาการบวช และโรคประจำตัวกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีช่วงอายุที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปี หรือวัยรุ่นตอนปลาย ช่วงอายุระหว่าง 16-18 ปี⁽¹⁵⁾ เมื่อบรรพชาเป็นสามเณรแล้ว ต่างต้องปฏิบัติตามกฎของพระธรรมวินัย เช่นเดียวกัน กิจวัตรประจำวันต่างๆ ย่อมไม่แตกต่างกัน จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ พบว่า เยาวชน อายุ 10-14 ปี มีปัญหาการนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 3.5⁽¹⁾

การบวชเณร จะเรียกว่า บรรพชา การบรรพชาของสามเณรในโรงเรียนปริยัติธรรม นอกจากจะได้ศึกษาทางธรรมะแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้สามเณรมีโอกาสได้รับการศึกษาภาคบังคับ เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของบิดามารดา และแก้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จากการวิจัย พบว่า ระยะเวลาในการบรรพชาของสามเณรจะอยู่ระหว่าง 0-7 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 2.8 ปี ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาในการศึกษาเล่าเรียนระดับมัธยมต้น และมัธยมปลายตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2552⁽¹⁶⁾ ที่อยู่ระหว่าง 3-6 ปี อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาการบรรพชาของสามเณรไม่ได้ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับแต่อย่างใด



การนอนหลับ เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายจะได้เฝ้าระวังตนเอง และเพิ่มพลังชีวิต แต่ในปัจจุบันนี้ การนอนหลับเป็นปัญหาสุขภาพของคนรุ่นใหม่ การนอนน้อยลง นอนหลับยาก และนอนหลับไม่สนิท ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ รวมถึงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ปัจจุบัน โรคนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดประมาณ ร้อยละ 10-20 ของคนทั่วโลก นอกจากนี้ ยังมีโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการนอน เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคการขยับผิดปกติ นอนกัดฟัน ขากรรตุก โรคขาอยู่ไม่สุข โรคง่วงนอนกลางวันผิดปกติ โรคพฤติกรรมผิดปกติขณะนอนหลับ เช่น ละเมอเดิน ละเมอพูด โรคนาฬิกาการนอนผิดปกติ ซึ่งพบได้บ่อยในคนที่นอนดึกตื่นสาย⁽¹⁴⁾ จากการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10.1 มีโรคประจำตัว เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ หอบหืด ภูมิแพ้ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และมีการใช้ยานอนหลับร่วมด้วย เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้งในเชิงอัตนัยและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนหลับจากการถูกรบกวนภายใต้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัญหาการนอนหลับยาก ระยะเวลาการนอนไม่เพียงพอ จึงควรมีการแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดฯ เพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้ด้านการวิจัย และนำไปใช้เป็นต้นแบบในกลุ่มตัวอย่างอื่นได้เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสุสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เจ้าคณะจังหวัดอุบลราชธานี และโรงเรียนปริยัติธรรมในจังหวัดอุบลราชธานีที่สนับสนุน และให้โอกาสในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร, นิชรา เรืองดารกานนท์, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, หทัยชนก พรรคเจริญ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ฉบับสุขภาพเด็ก ปี 2551-2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; 2552.



2. Harrison YHJ. The impact of sleep deprivation on making a review. J Exp Psychol Appl. 2000; 6: 236-249.
3. เจาะลึกกระบวนการสุขภาพ. กรมอนามัยแนะ 10 วิธี กลับให้ดีขึ้นนอนหลับ พร้อมเผยช่วงอายุไหนควรนอนที่ชั่วโมง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/03/24640#:~:text=%E2%80%8Bกรมอนามัยเผยนอน,นอนเฉลี่ย%207-8%20ชม.>
4. สถาบันรามจิตติ. โครงการติดตามสภาวะการเด็กและเยาวชนรายจังหวัดราชบุรี และโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาศาสตร์สหภาค สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.); 2552.
5. รัชฎาภรณ์ แก้วสีงาม, สุวดี โล่วิกรณ์. ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่ศึกษาในโรงเรียนบาลีสาธิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วัดศรีษะเกษ จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 10(1):28-37.
6. วิกิพีเดีย. ภาวะวันออกเฉียงเหนือ (ประเทศไทย) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: [https://th.wikipedia.org/wiki/ภาวะวันออกเฉียงเหนือ_\(ประเทศไทย\)](https://th.wikipedia.org/wiki/ภาวะวันออกเฉียงเหนือ_(ประเทศไทย))
7. Daniel WW. Biostatistic : a foundation for analysis in health sciences. 6th Edition. Singapore. John Willey & Sons, Inc; 1995.
8. อธิพร ตั้งจิตพร. ภาวะนอนไม่หลับในเด็กและวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.childrenhospital.go.th/wp-content/uploads/2023/04/Insomnia-ปัญหาอนไม่หลับในเด็กและวัยรุ่น.pdf>
9. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburg Sleep Quality Index : a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989; 28(2):193-213.
10. ตะวันชัย จิรมุขพิทักษ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42(3): 123-132.
11. Bailey KD. Method of Social Research. 3rd Edition. New York. The Free Press; 1987:67.
12. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika; 1951; 16: 297-334.
13. Eric S, Abhinav S. Stages of Sleep : What happens in a sleep cycle [serial on the internet]. 2023 Nov [cited 2023 Nov 28]:[about 3 p.]. Available from: <https://www.sleepfoundation.org/stages-of-sleep>.



14. นฤชา จีรกาลวสาน. นอนอย่างไรให้สุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.chula.ac.th/news/45728/>
15. สุนีย์ สหัสโพธิ์. โภชนบำบัด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
16. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://cr3.go.th/wp-content/uploads/2020/07/พรบการศึกษาแห่งชาติ.pdf>



**ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน**
**EFFECTS OF USING A NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR THE MANAGE DYSPHAGIA
OF ACUTE STROKE PATIENTS, INTENSIVE CARE UNIT 1, LAMPHUN HOSPITAL**

Received: November 20, 2023

Revised: January 04, 2024

Accepted: February 10, 2024

อรัทัย ธรรมป็อก^{1*}

Oratai Thummapok^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบาก และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 จำนวน 17 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 เดือน เมษายน – มิถุนายน 2566 จำนวน 24 คน

ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

สรุปได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

คำสำคัญ: อาการกลืนลำบาก, โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน, ปอดอักเสบจากการสำลัก,
แนวปฏิบัติทางคลินิก

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน

Registered Nurse (Nursing), Lamphun Hospital

*Corresponding author E-mail: oratai.pukk@gmail.com



Abstract

This research is quasi-experimental one-group pretest -posttest design to assess the knowledge of nurses on the manage dysphagia of acute stroke patients and the incidence of aspiration pneumonia in acute stroke patients before and after the using a nursing practice guidelines for the manage dysphagia of acute stroke patient. The sample was selected specifically with nurses working in intensive care units 1, 17 people and acute stroke patients admitted to intensive care units 1, Lamphun Hospital during April – June 2023, 24 people.

The study found that after the implementation of the nursing practice guidelines for the manage dysphagia of acute stroke patient, registered nurses had a statistically significant increase in knowledge about managing dysphagia of acute stroke patients at a level of .05. And no incidence of aspiration pneumonia reported.

These findings suggest that the nursing practice guidelines for dysphagia management among stroke patients can decrease the incidence of aspiration pneumonia.

Keywords: Dysphagia, Stroke, Aspiration Pneumonia, Guidelines



บทนำ

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นภาวะที่พบร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองได้มากถึงร้อยละ 37-78^(1,2) เป็นความผิดปกติในการกลืนอาหาร ซึ่งพยาธิสภาพและสาเหตุของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการทำลายศูนย์ควบคุมการกลืนของประสาทสมองส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อลายของคอ และหลอดอาหารส่วนบนมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและกลืน อันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปิดปากได้สนิทขณะเคี้ยวอาหาร รวมทั้งไม่สามารถผลักอาหารเข้าสู่หลอดอาหารได้⁽³⁾

ภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ภาวะขาดอาหาร และที่สำคัญ คือ การสำลักอาหาร พบมากถึงร้อยละ 40-70 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบาก และยังพบว่า ร้อยละ 37 ของผู้ป่วยที่สำลักมีภาวะปอดอักเสบ (Aspirate pneumonia)⁽⁴⁾ ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลักที่ดี คือ การดูแลจัดการภาวะกลืนลำบากที่ดี⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลยังมีส่วนร่วมที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติตัว และดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกทั้งทำให้บุคลากรทีมสุขภาพได้ทราบ และเข้าใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากมากยิ่งขึ้น

งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจากการเก็บตัวชี้วัดเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 439, 469 และ 487 คน ตามลำดับ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ร้อยละ 4.6, 4.5 และ 2.7 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ซึ่งจากการทบทวนแนวทางปฏิบัติในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน พบว่า มีแนวทางปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกลืนของสถาบันประสาทมาใช้ แต่ยังไม่ได้มีการจัดการอาการกลืนลำบากอย่างจริงจัง ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักสูงขึ้น อีกทั้งในด้านการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ยังไม่สามารถจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ในแนวทางเดียวกัน จากปัญหาและข้อจำกัดข้างต้นนี้ ผู้วิจัย จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน ที่เป็นระบบด้วยการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาล และการแพทย์ทั้งในประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิกของกลุ่ม องค์กรด้านสุขภาพ การพยาบาล และการแพทย์ทั้งใน



และต่างประเทศ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย

แนวปฏิบัติที่นำมาประยุกต์ใช้สำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ เอื่องขวัญ สิตะสาร⁽⁷⁾ ที่พัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของทีมบุคลากร ในการคัดกรอง การจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหากลืนลำบาก เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร น้ำลายและเสมหะ และแนวทางการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของดวงใจ บุญคง, อรุณรัตน์ อุทัยแสง และสมเกียรติ บุญคง⁽⁸⁾ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบาก เพื่อนำไปสู่การกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ผู้วิจัยได้นำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลลำพูน โดยใช้กรอบการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical nursing practice guideline: CNPG) ของสภาวิชาชีพสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (National health and medical research council: NHMRC)⁽⁹⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินอาการกลืนลำบาก 3) การจัดการอาการกลืนลำบาก 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบาก 5) การดูแลต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลวิชาชีพสามารถดูแลจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ในแนวทางเดียวกัน ความตระหนัก และเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

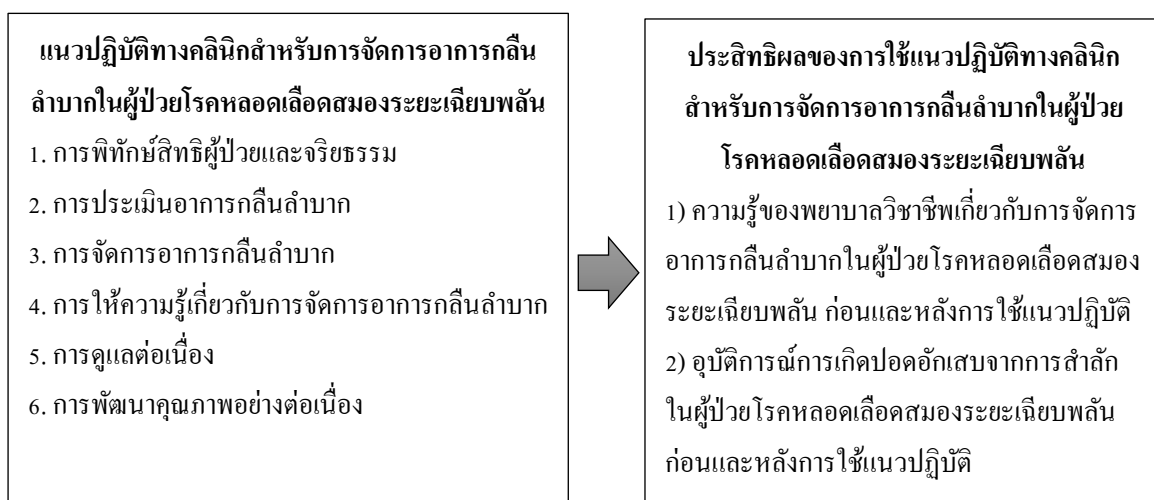
1. เพื่อประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน



ระเบียบวิธีวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน มุ่งประเมินประสิทธิผลใน 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน จำนวนทั้งสิ้น 17 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน 2566 จำนวน 24 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะเฉียบพลันอาการที่มีอาการคงที่ และอาการไม่แย่ง โดยมียุทธศาสตร์ 24 ชั่วโมงถึง 14 วัน 3) ผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดอักเสบมาก่อน 4) ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย และ 5) ผู้ป่วยหรือญาติสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ 2) ผู้ป่วยหรือญาติไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ และดัชนีมวลกาย

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคร่วม การผ่าตัด หัตถการพิเศษ และปัญหาการกลืน 1) แบบประเมินการเกิดปอดอักเสบ โดยประเมินใน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกตั้งแต่ 2 ภาพขึ้นไป พบความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ และไม่หายไป หรือเป็นมากขึ้นอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้ มีรอยฝ้าทึบ (infiltration) การรวมตัวเป็นก้อนเป็นก้อนแข็ง (consolidation) มีโพรงหรือช่องเกิดขึ้นในปอด (cavitation) 2) มีภาวะไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.3 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า 36.5 องศาเซลเซียส 3) ผลตรวจห้องปฏิบัติการจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่า 12,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือ น้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และ 4) เริ่มมีเสมหะเป็นหนองหรือมีลักษณะสีที่เปลี่ยนไปจากเดิม หรือเสมหะปริมาณมากขึ้น หรือคุดเสมหะบ่อยขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ พบ และไม่พบ การแปลผลการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก หากพบภาพถ่ายรังสีทรวงอกความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ และไม่หายไปหรือเป็นมากขึ้นอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้ คือ มีรอยฝ้าทึบ (Infiltration) การรวมตัวเป็นก้อนเป็นก้อนแข็ง (Consolidation) และมีโพรงหรือช่องเกิดขึ้นในปอด (Cavitations) ร่วมกับพบข้อ 2 ถึงข้อ 4 ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ถือว่าเกิดปอดอักเสบ

3. แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีจำนวน 20 ข้อคำถาม ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดคะแนนความรู้ ในภาพรวม 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ตอบผิดให้ 0 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน) และแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-7 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย, 8-14 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และ 15-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง/มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ดำเนินการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item – objective congruence) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลการเกิดปอดอักเสบ และแบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลลำพูน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา การจัดลำดับ



ของเนื้อหาและความเหมาะสมของการนำเครื่องมือการวิจัยไปใช้ โดยผลตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวมเท่ากับ 0.96

การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการวางแผนและเตรียมการ ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยดำเนินการดังนี้

1. จัดตั้งทีมพัฒนาร่วมกันสำรวจอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะการกลืนลำบาก ร่วมกันกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลจากการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ รวมถึงร่วมกันทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ปรับสาระสำคัญในแนวปฏิบัติฯ เพื่อให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน

2. นำเสนอแนวทางปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะการกลืนลำบาก ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาให้เหมาะสม

3. ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

4. จัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยดำเนินการประชุม ในช่วงเวลาหลังรับเวรเช้า 9.00-9.30 น. นำเสนอโครงการโดย power point และเอกสารประกอบ ได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปอดอักเสบ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเดือนเมษายน – มิถุนายน 2566 ดังนี้

1. ผู้วิจัย ทีมพัฒนาร่วมกับพยาบาลทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินการกลืนเพื่อคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับร่วมกันวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

2. ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย อุบัติการณ์ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



3. ผู้วิจัยและทีมพัฒนา ติดตาม ตรวจสอบ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวันแก่พยาบาลทีมผู้ดูแลตามขั้นตอนในแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตลอดระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ผลการนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2566 ดังนี้

1. ติดตามและทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ของพยาบาลทีมผู้ดูแล พร้อมกันสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วย ตามแนวทางปฏิบัติอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

2. รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติฯ (มกราคม – มีนาคม 2566) และหลังการใช้แนวทางปฏิบัติฯ (เมษายน – มิถุนายน 2566)

3. ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ด้วยสถิติ Paired Sample T-Test และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เอกสารจริยธรรม เลขที่ 060/2566 วันที่อนุมัติ 19 มกราคม 2566



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.5 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 78.8 และน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5 – 23.9) ร้อยละ 33.3 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย หลังใช้แนวทางปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 66.7 และน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5 – 23.9) ร้อยละ 45.8

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และปัญหาการกลืนลำบาก

ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และปัญหาการกลืนลำบากของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นลมเลือดอุดตันที่ผนังหลอดเลือด ร้อยละ 60.6 มีโรคร่วม ร้อยละ 97.0 ทั้งหมด ไม่ได้รับการผ่าตัด และไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 100.0 และไม่พบปัญหาการกลืนลำบาก ร้อยละ 72.7 สำหรับหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นลมเลือดอุดตันที่ผนังหลอดเลือด ร้อยละ 66.7 มีโรคร่วม ร้อยละ 91.7 ไม่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 95.8 ไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 58.3 และไม่พบปัญหาการกลืนลำบาก ร้อยละ 66.7

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 35.3 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.2 ปฏิบัติงานในงานห้องผู้ป่วยหนักมาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี ร้อยละ 64.8 และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 88.2

4. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -12.621$, $p\text{-value} = 0.000$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบาก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	N	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ	17	10.41	2.31	-12.621	0.000*
หลังใช้แนวทางปฏิบัติ	17	17.00	2.39		

หมายเหตุ: * p-value < 0.05

ด้านปฏิบัติการการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก คิดเป็นร้อยละ 12.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 33 คน และหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) พบว่า หลังจากนำแนวปฏิบัติมาใช้ทำให้อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

อุบัติการณ์	ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ		หลังใช้แนวทางปฏิบัติ		p-value
	(n = 33)		(n = 24)		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	4	12.1	0	0	0.036*

หมายเหตุ: * p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาใช้ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ค้นพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก มาใช้ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี⁽¹⁰⁾ พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้แนวปฏิบัติมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากกระบวนการวิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมการประชุม เพื่อให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปอดอักเสบ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้ร่วมวางแผนการพยาบาลร่วมกับพยาบาลทีมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการติดตามให้คำแนะนำ คำปรึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยให้แก่พยาบาลทีมดูแลตลอดระยะเวลาการนำแนวทางปฏิบัติ มาใช้ ร่วมสรุปบทเรียน และให้ข้อมูลย้อนกลับจากการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้ พัฒนาทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพิ่มความรู้ในการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ด้านอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ค้นพบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก คิดเป็นร้อยละ 12.1 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่มารับการรักษา ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 33 คน และหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า หลังจากนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาใช้



ทำให้อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นแนวปฏิบัติที่มุ่งการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหากลืนลำบาก เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร น้ำลายและเสมหะ และส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เมื่อนำมาใช้จึงก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ในการป้องกันอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก สอดคล้องกับการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ในโรงพยาบาลเทพปัญญา จังหวัดเชียงใหม่⁽¹¹⁾ พบว่า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย โดยหลังการใช้แนวปฏิบัติ ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก สอดคล้องกับผลการใช้แนวทางการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่⁽¹²⁾ พบว่า มีผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก ร้อยละ 84 ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินภายในวันแรก พบมีภาวะกลืนลำบาก ร้อยละ 15 พบมีผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบร้อยละ 7.8 ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) กับการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และสอดคล้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร⁽¹³⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการกลืนและฝึกกลืนสามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังผ่าตัดในวันที่ 16 ถอดสายยางให้อาหารได้ก่อนกลับบ้าน ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า การประเมินกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยลดการเกิดภาวะปอดอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่า การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาใช้ช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล และช่วยลดการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ไปใช้ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับกำหนดเป็นนโยบายในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพต่อไป และส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป



2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประยุกต์ใช้แนวคิดหรือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ เพื่อให้มีความทันสมัย และนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Vose A, Nonnenmacher J, Singer ML, González-Fernández M. Dysphagia Management in Acute and Sub-acute Stroke. *Curr Phys Med Rehabil Rep* 2014; 2: 197–206.
2. Wattanapan P, Kovindha A, Permsiripanich W, Manimmanakorn N, Kuptniratsaikul V. Swallowing Problem in Patients with Stroke: Multi-Center Study in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2016; 99: 76.
3. ภัทรา วัฒนพันธุ์. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน. ขอนแก่น: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.
4. Hines S, Kynoch K, Munday JJ. Nursing Interventions for Identifying and Managing Acute Dysphagia are Effective for Improving Patient Outcomes: A Systematic Review Update. *Neurosci Nurs* 2016; 48: 215-223.
5. Al-Khaled M, Matthis C, Binder A, Mudter J, Schattschneider J. Dysphagia in Patients with Acute Ischemic Stroke: Early Dysphagia Screening May Reduce Stroke-Related Pneumonia and Improve Stroke Outcomes. *Cerebrovasc Dis* 2016; 42: 81-89.
6. งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน. ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบ ปี 2563 – 2565. ลำพูน: งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลลำพูน; 2565.
7. เอื่องขวัญ สิตะสาร. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.



8. ดวงใจ บุญคง, อรุณรัตน์ อุทัยแสง และสมเกียรติ บุญคง. การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2562; 35: 13-23.
9. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A Guide to the Development Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. Australia: National Health and Medical Research Council [NHMRC]; 2000.
10. สายทิพย์ จ้ายพงษ์. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.
11. เรณู มูลแก้ว. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเทพปัญญา จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
12. นิตินาถ วงษ์ตระหง่าน. ผลการใช้แนวทางการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. เชียงใหม่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่; 2561.
13. รุ่งนิภา จ่างทอง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2564; 4: 55-73.



ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินในผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

FACTORS AFFECTING THE SEVERITY OF PSORIASIS IN PATIENTS AT SIRINDHORN HOSPITAL, KHON KAEN

Received: December 28, 2023

Revised: February 01, 2024

Accepted: March 01, 2024

ศรีสุรางค์ มั่งมี*

Srisurang Mangmee^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคผิวหนังของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างช่วงเวลา 1 สิงหาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 จำนวน 291 คน ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และเวชระเบียนผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มตัวอย่าง 291 คนที่เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรงมากจำนวน 205 คน (ร้อยละ 70.45) โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะเครียด การรับประทานอาหารบางชนิด การเปลี่ยนแปลงฤดูกาล และอากาศร้อน

จากผลการศึกษาี้ แพทย์ควรให้คำแนะนำในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยควรหลีกเลี่ยงสาเหตุของความเครียดต่างๆ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศร้อน จัดที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเท รวมถึงควรพบแพทย์ตามนัด

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผล, ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน, โรคสะเก็ดเงิน

¹ หน่วยงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Medicine department Sirindhorn Hospital, Khon Kaen

*Corresponding author E-mail: srisurang4444@gmail.com



Abstract

The objective of this cross-sectional analytical study was to investigate factors influencing the severity of psoriasis in 291 patients at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen, Data were collected by questionnaires and medical records during 1 August - 30 November 2023, and analyzed using both descriptive and inferential statistics, with a focus on correlation analysis through multiple logistic regression.

The study identified the 291 psoriasis patients treated at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen found 205 patients (70.45%) experienced moderate to severe disease severity. It was found that factors significantly impacting the severity of psoriasis included stress, dietary habits, seasonal changes, and exposure to hot weather.

The study suggests the need for continuous monitoring and evaluation of behavior in psoriasis patients across varying severity levels. Moreover, it highlights the importance of educating patients with a psoriasis management guideline to enable self-care practices that effectively mitigate exacerbating factors

Keywords: Factors affecting, PASI score, Psoriasis



บทนำ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรัง พบได้ร้อยละ 2-4 ของประชากรทั่วโลก พบได้ทุกเชื้อชาติ สามารถพบได้ทั้งเพศชาย และหญิงในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน และสามารถเกิดได้ทุกช่วงอายุ โดยพบมาก 2 ช่วงอายุ คือ 20-30 ปี และ 50-60 ปี⁽¹⁾ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทย พบอัตราการเกิดโรคเพศชายต่อหญิงเป็น 1.2 : 1 โดยเพศหญิงมีอายุที่เป็นเร็วกว่าเพศชาย สาเหตุไม่ทราบแน่ชัด แต่น่าจะเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ พันธุกรรม ระบบภูมิคุ้มกัน และปัจจัยกระตุ้นภายนอก ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมักมีประวัติคนในครอบครัวเป็นด้วย รวมถึงอายุการเกิดโรคจะเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยที่เริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรง และต้องการรักษา⁽²⁻³⁾ พยาธิกำเนิดของโรคสะเก็ดเงินเริ่มจากการกระตุ้นเซลล์ทางระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้มีการหลั่งไซโตไคน์หลายชนิดก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของผิวหนัง ทำให้มีการแบ่งตัวเร็วกว่าปกติของเซลล์ในชั้นหนังกำพร้า⁽⁴⁾ โรคสะเก็ดเงินมีหลายรูปแบบ ได้แก่ ชนิดผื่นหนา มีสะเก็ดเงินหรือขุยขาวคลุม ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผื่นเป็นรูปหยดน้ำ ผื่นตุ่มหนอง ผื่นแดงลอกทั่วตัว ผื่นแดงบริเวณซอกพับ และสะเก็ดเงินมือเท้า สามารถพบความผิดปกติของเล็บร่วม เช่น เล็บเป็นหลุม ปลายเล็บหนา ขุยใต้เล็บ และคล้ายเชื้อราที่เล็บ และในบางรายอาจมีข้ออักเสบร่วมด้วย⁽⁵⁾ โรคสะเก็ดเงินนอกจากมีอาการทางผิวหนัง และหรือข้ออักเสบร่วมแล้ว ยังพบว่า ผู้ป่วยมีอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มอาการโรคเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) คือ โรคอ้วน (Obesity), โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus), โรคไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) และความดันโลหิตสูง (Hypertension) มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคสะเก็ดเงิน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) ตามมา⁽⁶⁻⁷⁾

ปัจจุบันยังไม่มี การรักษาให้หายขาดได้ การรักษาเน้นที่การควบคุมผื่นให้ดี และลดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย วิธีการประเมินความรุนแรงของผื่น (Psoriasis Area Severity index - PASI) บริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Body surface area) เพื่อเลือกการรักษาที่เหมาะสม ติดตามอาการ และปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น ในการรักษาอาการไม่รุนแรงจะใช้เป็น Monotherapy เช่น ยาทาเฉพาะที่ หรือการฉายแสงเฉพาะที่ (Phototherapy) สำหรับผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาหรือในผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง จะพิจารณาเป็นการรักษาร่วม (Combination therapy) คือ การให้ยารับประทาน เช่น Acitretin, Cyclosporin และ Methotrexate รวมทั้งการฉายแสงอาทิตย์เทียม ปัจจุบันมีการใช้ยาในกลุ่มชีวโมเลกุล (Biological agents) ซึ่งได้ผลดีแต่มีราคาแพง และยังไม่มียาข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการใช้ยาที่ชัดเจน⁽⁸⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค ได้แก่ การเกา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย ภาวะเครียด การติดเชื้อบางชนิด สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง และพื้นที่ที่เป็นผื่นสะเก็ดเงิน รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁹⁾ ในประเทศไทยการศึกษาปัจจัยที่มี



ผลต่อภาวะความรุนแรงของโรคยังมีน้อย มีการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงมากที่ได้อ้อยารับประทาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูง และภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงินเป็นปัจจัยที่ทำให้ได้อ้อยารับประทานมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾

จากข้อมูลทางสถิติย้อนหลังของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินได้เข้ารับการรักษารักษาโรคสะเก็ดเงินที่คลินิกโรคผิวหนัง ในปี 2563, 2664 และ 2565 จำนวน 1,110, 1,268 และ 1,197คน ตามลำดับ ซึ่งแต่ละปีมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกัน โดยโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความรุนแรงในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับการรักษามาก่อน ทางผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคสะเก็ดเงินมีการแบ่งการประเมินความรุนแรงของผื่น โดยจะมีการประเมินลักษณะของผื่นจากความแดง ความหนา และสะเก็ดที่เกิดขึ้น ตามตำแหน่งบนร่างกายในส่วนต่างๆ ได้แก่ ศีรษะ แขน ลำตัว ขา แล้วจึงนำมาคำนวณค่า Psoriasis Area Severity index (PASI) ซึ่งค่าที่ได้ คือ 0-72 คะแนน แบ่งเป็น กลุ่มไม่รุนแรง คือ มีค่า PASI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 และ กลุ่มที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงมาก คือ ค่าคะแนนที่มากกว่า 10 โดยทั้งนี้ได้ทำการศึกษาปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อภาวะความรุนแรงของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ซึ่งจากการรวบรวมแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม จึงได้นำมาจัดกลุ่มเพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของผู้ป่วยทั้งหมด โดยแบ่งเป็น

1. ปัจจัยภายในของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติครอบครัวของผู้เป็นโรคสะเก็ดเงิน และโรคประจำตัว
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความเครียด การใช้ยาหรือสมุนไพรอื่นๆ และพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การเกา การเผชิญแสงแดด อากาศร้อน ฤดูกาล ฝุ่นละออง นอนดึก/นอนไม่หลับ และการบริโภคอาหารบางชนิด
3. ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ ชนิดของโรค ตำแหน่งรอยโรค บริเวณที่เกิดรอยโรค ขนาดพื้นที่รอยโรคสะเก็ดเงินในผู้ป่วยแต่ละคน



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) โดยทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการที่คลินิกผิวหนังของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นระหว่างช่วงเวลา 1 สิงหาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทางผิวหนังที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 1,197 ราย ที่มารับบริการ การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีประมาณค่าสัดส่วน ที่ทราบจำนวนประชากรจากสูตร

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

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N = ขนาดของประชากร, $Z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ $0.05 = 1.96$, e = ระดับค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ $= 0.05$, P = สัดส่วนของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงมาก อ้างอิงจากการวิจัยของ กฤติยา ไกรสุวรรณ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงที่คอยารับประทาน ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 321 คน พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลางถึงมากจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 47.35 เมื่อนำมาแทนค่า พบว่า เท่ากับ 291 คน เนื่องจากผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเป็นผู้ป่วยที่หาได้ยาก ดังนั้น ในการสุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการสุ่มแบบสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญจากผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการระหว่าง 1 สิงหาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการแพ้ยา เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกอาการทางคลินิก และข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI อาการที่มาพบแพทย์ การวินิจฉัยชนิดของโรคสะเก็ดเงิน การตรวจร่างกาย การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ระดับอาการคัน และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ทำให้ผื่นกำเริบมากขึ้น เช่น การเกา การเผชิญแสงแดด อากาศร้อน ฤดูกาล ฝุ่นละออง นอนดึก/นอนไม่หลับ และการบริโภคอาหารบางชนิด



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) : ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคผิวหนัง จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงตามวัตถุประสงค์ รูปแบบของแบบสอบถาม ความถูกต้อง และความชัดเจนของการใช้ภาษา ให้เหมาะสมกับประชากร แล้วทำการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยทุกข้อมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มากกว่า 0.5 ผลพบว่า มีค่าเท่ากับ 1.0

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และอาการทางคลินิกใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินใช้สถิติการถดถอยเชิงพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย COA No 08/2566 REC No 08/2566 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป และผลการวิเคราะห์ Univariate logistic regression ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินจากโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 291 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 179 คน (ร้อยละ 61.51) อายุเฉลี่ย 52.12 ± 16.79 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.80 ± 4.82 กก/ม.² เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินที่ตัวแปร (Univariate logistic regression) ไม่พบว่า มีตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ Univariate logistic regression ของปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

	ปัจจัย	ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน		Crude OR	p-value
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เพศ	ชาย	131 (73.18)	48 (26.82)	1.40	0.197
	หญิง	74 (66.07)	38 (33.93)		



ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน		Crude OR	p-value
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
2. อายุ	> 50 ปี	122 (74.39)	42 (25.61)	1.54	0.095
	<= 50 ปี	83 (65.35)	44 (34.65)		
3. BMI	ผอม	9 (69.23)	4 (30.77)	1.14	0.837
	สมส่วน	113 (73.86)	40 (26.14)	1.43	0.176
	อ้วน	83 (66.40)	42 (33.60)		

2. ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และผลการวิเคราะห์ Univariate logistic regression ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนระดับความดันเฉลี่ย 6.08 ± 3.17 , ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต 95 คน (ร้อยละ 32.65) รองลงมาใช้สิทธิจ่ายตรง/เบิกได้ 75 คน (ร้อยละ 25.77) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงิน 235 คน (ร้อยละ 80.76) ไม่เป็นโรคเบาหวาน 248 คน (ร้อยละ 85.22) ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 225 คน (ร้อยละ 77.32) ไม่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง 255 คน (ร้อยละ 87.63) ไม่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 285 คน (ร้อยละ 97.94) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ 194 คน (ร้อยละ 66.67) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา 190 คน (ร้อยละ 65.29) เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินที่ตัวแปร (Univariate logistic regression) ไม่พบว่า มีตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ Univariate logistic regression ของปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน		Crude OR	p-value
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ระดับความดัน	ดันปานกลางถึงดันมาก	119 (72.12)	46 (27.88)	1.20	0.474
	ไม่ดันหรือดันน้อย	86 (68.25)	40 (31.75)		
2. ประวัติครอบครัว	มี	42 (75.00)	14 (25.00)	1.33	0.407
	เป็นโรคสะเก็ดเงิน	163 (69.36)	72 (30.64)		
3. โรคเบาหวาน	มี	31 (72.09)	12 (27.91)	1.10	0.798
	ไม่มี	174 (70.16)	74 (29.84)		
4. โรคความดันโลหิตสูง	ไม่มี	159 (70.67)	66 (29.33)	1.05	0.879
	มี	46 (69.70)	20 (30.30)		



ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน		Crude OR	p-value
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง		
5. โรคไขมันในเลือดสูง	มี	26 (72.22)	10 (27.78)	1.10	0.803
	ไม่มี	179 (70.20)	76 (29.80)		
6. โรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่มี	201 (70.53)	84 (29.47)	1.20	0.838
	มี	4 (66.67)	2 (33.33)		
7. สูบบุหรี่	สูบหรือเคยสูบ	72 (74.23)	25 (25.77)	1.32	0.318
	ไม่สูบ	133 (68.56)	61 (31.44)		
8. ดื่มเหล้า	ดื่มหรือเคยดื่ม	74 (73.27)	27 (26.73)	1.23	0.442
	ไม่ดื่ม	131 (68.95)	59 (31.05)		

ผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มา
รับการรักษามีอาการของโรคสะเก็ดเงินในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 205 คน
(ร้อยละ 70.65) มีขนาดพื้นที่รอยโรคบนผิวหนังเฉลี่ย 16.48 ± 15.64 คะแนน และมีค่าคะแนน PASI
score ที่ 16.60 ± 10.76 คะแนน ผู้ป่วยมีระดับอาการคันเฉลี่ยที่ 6.08 ± 3.17 คะแนนเมื่อวัดด้วย Visual
analog scale ตำแหน่งรอยโรคบนร่างกายของผู้ป่วย พบว่า มีพื้นที่ศีรษะ 182 คน (ร้อยละ 62.54) มีพื้นที่
ลำตัว 221 คน (ร้อยละ 75.95) มีพื้นที่แขน 183 คน (ร้อยละ 62.89) มีพื้นที่ขา 190 คน (ร้อยละ 65.29)
ไม่มีพื้นที่เล็บ 267 คน (ร้อยละ 91.75) และผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีพื้นที่ข้อ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตำแหน่งรอยโรคบนร่างกายของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ปัจจัย	ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน	
	รุนแรงปานกลางถึงมาก	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พื้นที่ศีรษะ	มี	132 (72.53)
	ไม่มี	73 (66.97)
พื้นที่ลำตัว	มี	177 (80.09)
	ไม่มี	28 (40.00)
พื้นที่แขน	มี	137 (74.86)
	ไม่มี	68 (62.96)
พื้นที่ขา	มี	140 (73.68)
	ไม่มี	65 (64.36)



ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของโรคสะกดเงิน	
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พื้นที่เล็บ	มี	13 (54.1)	11 (45.83)
	ไม่มี	192 (71.91)	75 (28.08)
พื้นที่ข้อ	มี	0 (0.00)	0 (0.00)
	ไม่มี	205 (70.45)	86 (29.55)

ผลการศึกษาการวินิจฉัยชนิดของผู้ป่วยโรคสะกดเงิน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาคือเป็นชนิดผื่นหนา 248 ราย (ร้อยละ 85.22) สะกดเงินที่หนังศีรษะ 183 ราย (ร้อยละ 62.89) สะกดเงินที่เล็บ 24 ราย (ร้อยละ 8.25) สะกดเงินที่ฝ่ามือ-เท้า 17 ราย (ร้อยละ 5.84) ข้ออักเสบสะกดเงิน 10 ราย (ร้อยละ 3.44) ชนิดผื่นแดงกระจาย 8 ราย (ร้อยละ 2.75) ชนิดผื่นแดงทั้งตัว 6 ราย (ร้อยละ 2.06) ชนิดตุ่มหนอง 3 ราย (ร้อยละ 1.03) และชนิดผื่นแดงตามข้อพับของร่างกาย 1 ราย (ร้อยละ 0.34) ตามลำดับ ซึ่งบางรายสามารถพบชนิดของสะกดเงินหลายแบบ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวินิจฉัยชนิดของโรคสะกดเงินในผู้ป่วย

ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของโรคสะกดเงิน	
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดผื่นหนา	เป็น	182 (73.38)	66 (26.61)
	ไม่เป็น	23 (53.48)	20 (46.51)
ชนิดผื่นแดงกระจาย	เป็น	8 (100.00)	0 (0.00)
	ไม่เป็น	197 (69.61)	86 (30.38)
ชนิดผื่นแดงทั้งตัว	เป็น	5 (83.33)	1 (16.67)
	ไม่เป็น	200 (70.17)	85 (29.82)
ชนิดตุ่มหนอง	เป็น	2 (66.67)	1 (33.33)
	ไม่เป็น	203 (70.49)	85 (29.51)
สะกดเงินฝ่ามือ-เท้า	เป็น	8 (47.06)	9 (52.94)
	ไม่เป็น	197 (71.90)	77 (28.10)
สะกดเงินที่หนังศีรษะ	เป็น	140 (76.50)	43 (23.49)
	ไม่เป็น	65 (60.19)	43 (39.81)
สะกดเงินที่เล็บ	เป็น	13 (54.1)	11 (45.83)
	ไม่เป็น	192 (71.91)	75 (28.08)



ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน	
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน	เป็น	9 (90.00)	1 (10.00)
	ไม่เป็น	196 (69.75)	85 (30.24)
ผื่นแดงตามข้อพับของร่างกาย	เป็น	0 (0.00)	1 (100.00)
	ไม่เป็น	205 (70.69)	85 (29.31)

ผลการศึกษาพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่อาจกระตุ้นทำให้เพิ่มความรุนแรงของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีผื่นกำเริบมากขึ้นเมื่อเจออากาศร้อน 91 ราย (ร้อยละ 31.27) นอนไม่หลับหรือนอนดึก 70 ราย (ร้อยละ 24.05) การกินอาหารบางชนิด 42 ราย (ร้อยละ 14.43) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงฤดูกาล 36 ราย (ร้อยละ 12.37) ภาวะเครียด 31 ราย (ร้อยละ 10.65) เพลียแสงแดด 28 ราย (ร้อยละ 9.62) การเกา 26 ราย (ร้อยละ 8.93) มีภาวะไม่สบาย 7 ราย (ร้อยละ 2.41) มีปัญหาฝุ่นละออง 4 ราย (ร้อยละ 1.37) และมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ราย (ร้อยละ 0.69) ตามลำดับ เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินทีละตัวแปร (Univariate logistic regression) พบว่ามี 5 พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ประกอบด้วย พฤติกรรมต่ออากาศร้อน ฤดูกาลที่เปลี่ยนแปลง ความเครียด การนอนดึกหรือนอนไม่หลับ และการกินอาหารบางชนิด เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Univariate logistic regression ของพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน		Crude OR	p-value
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การเกา การขูดถู	กระตุ้น	17 (65.38)	9 (34.62)	1.29	0.554
	ไม่กระตุ้น	188 (70.94)	77 (29.06)		
การเผชิญแสงแดด	กระตุ้น	19 (67.86)	9 (32.14)	1.14	0.752
	ไม่กระตุ้น	186 (70.72)	77 (29.28)		
อากาศร้อน	กระตุ้น	73 (80.22)	18 (19.78)	2.09*	0.015
	ไม่กระตุ้น	132 (66.00)	68 (34.00)		
การเปลี่ยนฤดูกาล	กระตุ้น	31(86.11)	5(13.89)	2.89*	0.034
	ไม่กระตุ้น	174(68.24)	81(31.76)		



ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน		Crude OR	p-value
		รุนแรงปานกลางถึงมาก	ไม่รุนแรง		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โดนฝุ่นละออง	กระตุ้น	3 (75.00)	1 (25.00)	1.26	0.841
	ไม่กระตุ้น	202 (70.38)	85 (29.62)		
ความเครียด	กระตุ้น	28 (90.32)	3 (9.68)	4.38*	0.018
	ไม่กระตุ้น	177 (68.08)	83 (31.92)		
นอนดึก/ นอนไม่หลับ	กระตุ้น	57 (81.43)	13 (18.57)	2.16*	0.023
	ไม่กระตุ้น	148 (66.97)	73 (33.03)		
แพ้วัคซีน	กระตุ้น	12 (100.00)	0 (0.00)	0.00	0.999
	ไม่กระตุ้น	193 (69.18)	86 (30.82)		
ภาวะไม่สบาย	กระตุ้น	6 (85.71)	1 (14.29)	2.56	0.387
	ไม่กระตุ้น	199 (70.07)	85 (29.93)		
การใช้ยาประจำ	กระตุ้น	2 (100.00)	0 (0.00)	0.00	0.999
	ไม่กระตุ้น	203 (70.24)	86 (29.76)		
การกินอาหารบางชนิด	กระตุ้น	37 (88.10)	5 (11.90)	3.57*	0.010
	ไม่กระตุ้น	168 (67.47)	81 (32.53)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

3. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

เมื่อนำตัวแปร จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Univariate logistic regression ของพฤติกรรมผู้ป่วยต่อโอกาสเพิ่มความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ซึ่งประกอบด้วย อากาศร้อน การเปลี่ยนฤดูกาล ภาวะเครียด การนอนดึก/นอนไม่หลับ และการรับประทานอาหารบางชนิด วิเคราะห์สถิติถดถอย พหุโลจิสติกส์ พบว่า มี 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 ได้แก่ ภาวะเครียดจะเพิ่มโอกาสในการกำเริบของโรคสะเก็ดเงิน 4.96 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีภาวะเครียด (Adj.OR 4.96, 95CI 1.44-17.07) การรับประทานอาหารบางชนิดจะเพิ่มโอกาสในการกำเริบของโรคสะเก็ดเงิน 3.39 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับประทานอาหารบางชนิด (Adj.OR 3.39, 95CI 1.26-9.13) การเปลี่ยนฤดูกาลเพิ่มโอกาสในการกำเริบของโรคสะเก็ดเงิน 3.28 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเมื่อเปลี่ยนฤดูกาล (Adj.OR 3.28, 95CI 1.21-8.871) และอากาศร้อนจะเพิ่มโอกาสในการกำเริบของโรคสะเก็ดเงิน 2.10 เท่าของกลุ่มที่ไม่สัมผัสอากาศร้อน (Adj.OR 2.10, 95CI 1.14-3.86) โดยทั้ง 4 ปัจจัยร่วมกันอธิบายความผันแปร ได้ถูกต้องอยู่ที่ร้อยละ 13.40 ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ Multiple logistic regression ของปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

ปัจจัย		จำนวน	ร้อยละ	Adj.OR	95% C.I.		p-value
					Lower	Upper	
มีความเครียด	มี	31	10.65	4.96*	1.44	17.07	0.011
	ไม่มี	260	89.35				
มีการกินอาหารบางชนิด	มี	42	14.43	3.39*	1.26	9.13	0.015
	ไม่มี	249	85.57				
ฤดูกาลที่เปลี่ยนแปลง	มี	36	12.37	3.28*	1.21	8.87	0.02
	ไม่มี	255	87.63				
อากาศร้อน	มี	91	31.27	2.10*	1.14	3.86	0.018
	ไม่มี	200	68.73				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มตัวอย่าง 291 คนที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก จำนวน 205 คน (ร้อยละ 70.45) โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะเครียด ปัญหาเกี่ยวกับการกินอาหารบางชนิด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงฤดูกาล และเมื่อเจออากาศร้อน โดยทั้ง 4 ปัจจัยร่วมกันอธิบายความผันแปรของโอกาสกำเริบของโรคสะเก็ดเงิน ได้ถูกต้องอยู่ที่ร้อยละ 13.40

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินหลังจากที่ควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินมี 4 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะเครียด ปัญหาเกี่ยวกับการกินอาหารบางชนิด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงฤดูกาล และเมื่อเจออากาศร้อน

ในการวิจัยนี้ภาวะเครียดมีผลสัมพันธ์ต่อการกระตุ้นให้โรคกำเริบมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภูมิ เจริมตณ และคณะ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยคนไทยที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน 1,082 ราย พบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อย คือ ความเครียด (ร้อยละ 50) สภาพอากาศ (ร้อยละ 35) และอาหาร (ร้อยละ 14.2)⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kamiya KJ และคณะ พบว่า ความเครียด และสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยสำคัญในการที่ทำให้โรคกำเริบมากขึ้น⁽¹²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อเกิดความเครียดจะมีการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ เพื่อช่วยให้ร่างกาย



ตอบสนองต่อความเครียด และฮอร์โมนมีบทบาทเกี่ยวกับกระบวนการต่างๆ ภายในร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันต่างๆ ในร่างกายทำงานอย่างเป็นปกติ ฮอร์โมนหลัก ได้แก่ ฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนความเครียดหลัก โดยมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน หากมีความเครียดเฉียบพลันอาจเพิ่มการตอบสนองของภูมิคุ้มกัน และมีการปรับตัวของร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล แต่กรณีที่มีความเครียดเรื้อรังมักจะไปยับยั้งระบบป้องกันภูมิคุ้มกัน เพิ่มความไวต่อการติดเชื้อ และทำให้โรคภูมิแพ้ และการอักเสบรุนแรงขึ้น⁽¹³⁻¹⁴⁾ ซึ่งในกรณีนี้อาจเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่มีความเครียดกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการอักเสบอย่างต่อเนื่องทำให้สะเก็ดเงินกำเริบ

ในส่วนปัญหาเกี่ยวกับอาหารบางชนิดที่เป็นทำให้โรคสะเก็ดเงินกำเริบ ซึ่งจากการวิจัย พบว่าการรับประทานอาหารบางชนิดมีผลต่อการความรุนแรงของผื่นในผู้ป่วยบางราย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanda N และคณะ พบว่า มีอาหารบางชนิดสามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้หลังใช้โตคายน์บางชนิดที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน เช่น อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว อาหารที่สังเคราะห์น้ำตาลเชิงเดี่ยว และแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยส่วนประกอบในอาหารเหล่านี้จะไปเพิ่มการกระจายตัวของเม็ดเลือดขาว การปล่อยสารฮิสตามีนจากแมสเซลล์ และเพิ่มการผลิตไซโตคายน์บางชนิดกระตุ้นการอักเสบ และการเจริญเติบโตของเซลล์ผิวหนัง⁽¹⁵⁾

ในส่วนของการมีอาการเปลี่ยนแปลงฤดูกาล จากการทบทวนการศึกษาของ Qian Wu และคณะ⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zheng X และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า สภาพของโรคสะเก็ดเงินแตกต่างกันไปตามฤดูกาล และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นในฤดูหนาว ความชื้นในสิ่งแวดล้อมที่ต่ำ และอุณหภูมิที่ต่ำทำให้ความชุ่มชื้นของผิวหนังลดลง กระตุ้นการหลั่งสารสื่อกลางการอักเสบส่งผลให้การทำงานของผิวหนังบกพร่อง กระตุ้นภาวะผิวหนังชั้นนอกหนาตัวเพิ่มขึ้น

อากาศร้อนทำให้เพิ่มความรุนแรงของผื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ros A-M และคณะ⁽¹⁸⁾ บ้างจึงหนึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ผื่นเห่อรุนแรงขึ้นเมื่อเจออากาศร้อนอาจเป็นผลจากเหงื่อที่ออกมาทำให้เกิดการระคายเคืองของคราบสกปรกกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการคัน และนำไปสู่การเกากระตุ้นความรุนแรงของโรค

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

แพทย์ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ในการป้องกันการป้องกันโรคสะเก็ดไม่ให้เพิ่มความรุนแรง โดยแนะนำการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินให้หลีกเลี่ยงสาเหตุของความเครียดต่างๆ เช่น การพักผ่อนน้อย หรือสิ่งที่อาจทำให้เกิดความไม่สบายใจต่างๆ นอกจากนี้ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หมั่นสังเกตอาหารที่รับประทานแล้วทำให้เพิ่มความรุนแรงของโรค ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศร้อน จัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเท รวมถึงควรพบแพทย์เพื่อตรวจเป็นระยะตามนัดหมาย



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สุนทร ชีรพัฒน์พงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้อนุเคราะห์ข้อมูล ทันตแพทย์สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่คลินิกโรคผิวหนังทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Armstrong AW. Psoriasis. JAMA Dermatol 2517; 153(9): 956-956.
2. เจตน์ วิทิตสุวรรณกุล, ประวิตร อัสวานนท์. Red scaly plaques ใน: มารีษา พงศ์พฤติพันธ์ บรรณาธิการ. Current issues in dermatology 2019: A TO Z dermatology 1st ed กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. Akaraphanth R, Kwangsukstid O, Grityanangson P and Swanpanyeart N. Psoriasis Registry in Public Health Hospital. J Mea Assoc Thai 2013; 96(8): 960-960.
4. Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and Therapy of Psoriasis. Nature 2007; 445: 866-873.
5. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Goldsmith, LA., Katz, SI., Gilchrest, BA., Paller, AS., Leffell, DJ., and Wolff, K. Eds. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine 8th ed. New York: McGraw-Mill 2017; 197-231.
6. Gitilieb AB, Dann F, Menter A. Psoriasis and The Metabolic Syndrome. J Drugs Dermatol 2008; 7: 563-72.
7. Garshick MS, Ward NL, Krueger JG, Berger JS. Cardiovascular risk in patients with psoriasis. J Am coll Cardiol 2021; 77(13): 1670-80.
8. Smith CH, Jabber-Lopez ZK, Yiu ZZ, etal. British Association of Dermatologists guidelines for biologic Therapy for Psoriasis, British J Dermatol 2017; 177(3): 628-36.
9. Huerta C, Rivero E, Garoz-Rodriguez LA. Incidence and Risk Factors for Psoriasis in the General Population. Arch Dermatal 2007; 143(12): 1559-65.
10. Kraisuwan K. Poor Pragnostic Factor with Recalcitrant Conventional Therapy in Moderate To severe Psorizsis. J Health SciSchol 2022; 9(2): 231-45.
11. Jiamton S, Suthipinittharm P, Kanokvalai K, etal. Clinical Characteristics of Thai patients with Psoriasis. J Med Assoc Thai 2021; 95(6): 795-801.



12. Kamiya K, Oiso N, kawada A, Ohtsuki M. Epidemiological survey of the psoriasis patients in the Japanese Society For Psoriasis Research from 2013 to 2018. Japanese Dermatol Assoc 2021; 48: 864-875.
13. Kamiya KJ, Kishimoto M, Sugai J, Komine M and Ohtsuki M. Risk factors for the development of Psoriasis. Int. J. Mol. Sci. 2019; 20(18): 4347. <https://doi.org/10.3390/ijms20184347>.
14. Chen Y and Lyga J. Brain-Skin Connection : Stress, Inflammation and Skin aging. Imflamm Allergy drug Targets. 2014; 13(3): 177-190.
15. Kanda N, Hoashi T, Saeki H. Nutrition and Psoriasis. Int J Mol Sci 2020; 21(15): 5405; <https://doi.org/10.3390/ijms21155405>.
16. Qian Wu, Zhiwei Xu, Yi-Lin Dan, Chan-Na Zhao, Yan-Mei Mao, Li-Na Liu, Hai-Feng Pan. Seasonality and global public interest in psoriasis: an infodemiology study. Postgraduate Medical Journal 2020; 96(1133): 139–143, <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2019-136766>.
17. Zheng X, Wang Q, Yan L, etal. Seasonal Variation of Psoriasis and Its Impact in The Therapeutic Management : A Retrospective Study on Chinese Patients. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology 2021; 14: 459-465. <https://doi.org/10.2147/CCID.S312556>.
18. Ros A-M, Eklund G, Odont. D. Photosensitive psoriasis: An epidemiologic study. J AM Dermatol 1987; 17(5): 752-758.



หลักการสอนแอโรบิกแดนซ์สมัยใหม่

PRINCIPLES OF MODERN AEROBIC DANCE INSTRUCTION

Received: January 08, 2024

Revised: February 01, 2024

Accepted: March 08, 2024

ยรรยงค์ พานเพ็ง¹, อุตตลธิ์ ไชยณรงค์², ชวิศ วงษ์เขียว^{1*}Yanyong Phanpheng¹, Austtasit Chainarong², Chawis Wongkhiew^{1*}

บทคัดย่อ

รูปแบบแอโรบิกแดนซ์ในอดีตได้ถูกพัฒนาให้มีความหลากหลายน่าสนใจ ในปัจจุบันแอโรบิกแดนซ์ได้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการออกกำลังกายที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพสำหรับทุกเพศทุกวัย

การเติบโตทางธุรกิจด้านสุขภาพได้มีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น ความทันสมัยของรูปแบบการออกกำลังกายแบบกลุ่มเอ็กซ์เชอร์ไซ์จึงได้มีวิวัฒนาการรูปแบบการสอนมีความเฉพาะประเภท โดยจัดโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับสมรรถนะทางกาย 3 ประเภท คือ กลุ่มเอ็กซ์เชอร์ไซ์ประเภทที่หนึ่งเป็นการพัฒนาระบบหัวใจไหลเวียนเลือด กลุ่มเอ็กซ์เชอร์ไซ์ประเภทที่สองพัฒนาด้านความทนทานและเสริมสร้างความแข็งแรง และกลุ่มเอ็กซ์เชอร์ไซ์ประเภทที่สามพัฒนาด้านความอ่อนตัวและยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ โดยนำหลักการของการสอนแอโรบิกแดนซ์ FFITT ซึ่งประกอบด้วย สนุกสนาน (Fun, F) ความบ่อย (Frequency, F) ความหนัก (Intensity, I) ระยะเวลา (Time, T) ชนิดของการออกกำลังกาย (Types of Activity, T) เพื่อให้การสอนมีความทันสมัย และปลอดภัย

ดังนั้น ผู้เขียนจึงได้นำเสนอเพิ่มเติมหลักการของความหลากหลายของการสอน (Variety, V) และความปลอดภัยในการเดิน และการเคลื่อนไหว (Safety, S) ซึ่งประเด็นสำคัญทั้ง 2 ประการมีความเกี่ยวข้องกับการจัดโปรแกรม และผู้นำการออกกำลังกายสามารถยึดเป็นแนวปฏิบัติในการสอนด้วยหลักการ FFITT-VS สำหรับจัดโปรแกรมกลุ่มเอ็กซ์เชอร์ไซ์ในอนาคต

คำสำคัญ: แอโรบิกแดนซ์, กลุ่มเอ็กซ์เชอร์ไซ์, หลักการ FFITT-VS

¹ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

Sports and Exercise Science, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

² สาขาวิชาสื่อสารมวลชนทางกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

Sports Mass Communication, Faculty of Sport Science, Burapha University

*Corresponding author E-mail: chawis.won@lru.ac.th



Abstract

The aerobics dance format has been developed to be diverse and interesting in the past. Nowadays, aerobics dance has become another exercise option that promotes health for all genders and ages.

The health business sector has seen significant expansion. The modernization of group exercise formats has led to the evolution of teaching methods tailored to specific fitness categories. Programs are designed to align with the physical competencies of three types of exercisers: those focused on cardiovascular health improvement, those aiming to enhance endurance and strength, and those seeking flexibility and muscle conditioning. These teachings integrate the principles of the FFITT aerobics dance instruction, which comprise Fun (F), Frequency (F), Intensity (I), Time (T), and Types of Activity (T), ensuring contemporary and safe instruction.

Therefore, the author proposes further principles of variety (V) and safety (S) in dance and movement instruction. Both aspects are crucially relevant to program organization, and fitness instructors can adhere to the FFITT-VS principles in future group exercise program planning.

Keywords: Aerobic Dance, Group Exercise, FFITT-VS prescription



บทนำ (Introduction)

วิวัฒนาการด้านการออกกำลังกายได้เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก ความนิยมในการดูแลสุขภาพได้รับความสนใจกันอย่างแพร่หลายในทุกเพศทุกวัย การนำเทคโนโลยีรูปแบบต่างๆ เข้ามาผสมผสานเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการออกกำลังกายได้มากขึ้นในยุคสมัยนี้ เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกส่งผลดีต่อการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายพื้นฐานหลายๆ ด้าน อาทิ เช่น สมรรถภาพด้านหัวใจไหลเวียนเลือดและการหายใจ (Cardiovascular respiratory fitness)^(1,2) รวมถึงสมรรถภาพด้านความทนทานของกล้ามเนื้อ (Endurance capacity)^(3,4) เป็นต้น การมีสมรรถภาพทางกายที่ดีย่อมสามารถทำกิจกรรมทางกายที่หลากหลายได้อย่างราบรื่นโดยปราศจากความเหน็ดเหนื่อย⁽⁵⁾ ดังนั้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการออกกำลังกาย เพื่อพัฒนาขีดความสามารถทางร่างกายให้มีความอดทนมากยิ่งขึ้น ในปัจจุบันทางเลือกของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกได้ถูกจัดให้มีหลากหลายรูปแบบมากยิ่งขึ้น เช่น รูปแบบที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือ ได้แก่ ปั่นจักรยาน วิ่งบนลู่วิ่ง กระโดดเชือก เป็นต้น และรูปแบบที่ใช้ร่างกายในการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียว ได้แก่ การเดิน การวิ่ง และการเต้นแอโรบิก จากความรู้ในอดีตแอโรบิกแดนซ์ หรือ การเต้นแอโรบิก (Aerobic dance) เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ได้ถูกพัฒนามาเรื่อยๆ ตามยุคสมัยนิยม การเต้นแอโรบิกไม่เพียงแต่ช่วยพัฒนาระบบหัวใจเพียงอย่างเดียว แต่ยังช่วยพัฒนาระบบประสาทกลไกในการเคลื่อนไหวร่างกายให้ดีขึ้นด้วย⁽⁶⁾ และยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเดิน⁽⁷⁾ และลดภาวะความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ จุดเริ่มต้นของการคิดค้นการสอนแอโรบิกแดนซ์ได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1969 (พ.ศ. 2511) เป็นต้นมา โดย จูดี เชฟฟาร์ด มิสเซตต์ (Judy Shepphard Missett) เป็นครูสอนเต้นรำชาวสหรัฐอเมริกา ได้สร้างหลักสูตรของการเต้นรำในรูปแบบดั้งเดิม เพื่อนำมาเต้นเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ โดยใช้ลีลาท่าทางประกอบจังหวะดนตรีแจ๊ส (Jazz) โดยได้เรียกหลักสูตรการเต้นนี้ว่า แจ๊สเซอร์ไซด์ (Jazzercise) ใช้จังหวะเพลงที่สนุกสนาน โดยในยุคนั้นการเต้นลักษณะนี้ได้รับความนิยม และได้มีการปรับปรุงเพื่อให้รูปแบบการเต้นมีความสนุกสนานมากขึ้น และได้ทำการเผยแพร่โดยการเปิดสอนและอบรมในปี ค.ศ. 1977 (พ.ศ. 2520) ซึ่งเป็นที่นิยมในสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างมากในช่วงนั้น ต่อมาในปี ค.ศ. 1979 (พ.ศ. 2522) แจ็กกี้ ซอร์เรนเซน (Jackie Sorensen) ครูสอนเต้นรำชาวสหรัฐอเมริกาได้นำเอารูปแบบของกายบริหารแบบแอโรบิกมาประยุกต์ผสมผสานเข้ากับการเต้นรำประกอบจังหวะดนตรี แล้วเรียกรูปแบบการออกกำลังกายนี้ว่า แอโรบิกแดนซ์ (Aerobic Dance) และยังได้มีการผลิตเป็นสื่อวีดีโอเทป เทปเพลง รวมทั้งชุดที่สวมใส่ในการเต้นแอโรบิกขึ้นมาเพื่อจำหน่าย โดยจัดทำออกเผยแพร่จนมีผู้ให้ความสนใจ และหันมาออกกำลังกายมากขึ้น เพราะรูปแบบกิจกรรมมีความสนุกสนาน แปลกใหม่ในยุคนั้นจนเป็นที่รู้จักมากยิ่งขึ้น และในช่วงระยะเวลาต่อมาได้มีอดีตดาราดาราภาพยนตร์ฮอลลีวูดของสหรัฐอเมริกา ชื่อว่า เจน ฟอนดาส (Jane Fondas) ได้จัดทำสื่อการสอนเพื่อนำมาเผยแพร่ในรูปแบบวีดีโอเทป เทปเพลง และหนังสือ



ฝึกหัดแอโรบิกแดนซ์ขั้นพื้นฐาน ทำให้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกแดนซ์เป็นที่ชื่นชอบ และมีการฝึกหัดกันอย่างจริงจังต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน⁽⁹⁾

ความนิยมเรื่องการออกกำลังกายได้ถูกเผยแพร่ตามสื่อต่างๆ อย่างแพร่หลายทั่วโลก กิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแดนซ์เป็นกิจกรรมที่แปลกใหม่ในยุคสมัยนั้น ในปี พ.ศ. 2518 (ค.ศ. 1975) ประเทศไทยได้มีส่งเสริมให้ประชาชนมีการออกกำลังกาย และกระแสนิยมด้านการออกกำลังกายก็พัฒนามาเรื่อยๆ ความนิยมการออกกำลังกายมีแพร่หลายมากขึ้น ทำให้มีกลุ่มนักธุรกิจเปิดสถานบริการด้านการบริหารร่างกาย (Fitness center) ขึ้น โดยเปิดให้บริการที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการบริหารโดยคนไทย จึงได้นำตัวอย่างของการออกกำลังกายมาจากสถาบันบริหารร่างกายจากต่างประเทศ โดยมีการมุ่งเน้นนำเสนอรูปร่าง สัดส่วนที่สวยงามเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้คนเห็นความสำคัญของการใช้บริการในสถาบันบริหารร่างกาย จึงได้มีการเชิญวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ด้านการบริหารร่างกายมาจัดการฝึกอบรม โดยได้เชิญอาจารย์สุกัญญา มุสิกวัน (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นรองศาสตราจารย์ สุกัญญา พานิชเจริญนาม หรือในนามที่นิยมเรียก คือ อาจารย์อ้อย) เพื่อมาให้ความรู้ และคำแนะนำในกิจกรรมการออกกำลังกายให้กับสมาชิกในสถานบริหารร่างกาย ในช่วงนั้นวิธีการสอนการออกกำลังกายสำหรับประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมใช้วิธีการบริหารร่างกายเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอ และเกิดประโยชน์สำหรับการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องจากรูปแบบการบริหารร่างกายมีความหนัก ความนาน และความบ่อยไม่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

ต่อมาในปี พ.ศ. 2522 อาจารย์สุกัญญา มุสิกวัน ซึ่งตอนหลังได้เปลี่ยนนามสกุลเป็น พานิชเจริญนาม ได้เดินทางไปศึกษาต่อระดับปริญญาโทด้านการออกกำลังกายประเภทบริการกาย (Education Dance) ณ มหาวิทยาลัยสึคุบะ (University of Tsukuba) ประเทศญี่ปุ่น เป็นระยะเวลา 3 ปี 6 เดือน และสำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2526 ในช่วงนั้นได้สังเกตเห็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายแบบสลิมนาสติก (Slim nastic) สลิม + ยิมนาสติก (Slim + Gymnastic) น่าจะเป็นรูปแบบของแอโรบิกแดนซ์เหมือนกับสากลนิยม เป็นกิจกรรมบริหารร่างกายประกอบเพลง ซึ่งรูปแบบกิจกรรมดังกล่าว ได้เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายในท่าทางเบื้องต้น (Basic movement) ประกอบจังหวะดนตรี (Dance step) ซึ่งได้เริ่มสอนและจัดอบรมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ณ สนามกีฬาแห่งชาติ ให้กับผู้ที่สนใจจากสถาบันการศึกษาทั่วประเทศ และลูกศิษย์ในมหาวิทยาลัยได้นำไปเผยแพร่อย่างกว้างขวาง และนับจากปี พ.ศ. 2526 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแดนซ์ได้รับความนิยม และได้บรรจุเข้าในหลักสูตรการศึกษาของพลศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษาในเวลาต่อมาจนถึงปัจจุบัน



การจำแนกประเภทของแอโรบิกแดนซ์ (Classification of Aerobic Dance)

แอโรบิกแดนซ์ได้ถูกพัฒนารูปแบบเรื่อยมา โดยได้มีการนำทักษะพื้นฐานมาประยุกต์ใช้จนเกิดทักษะการเต้นแบบใหม่ ผสมผสานการเคลื่อนไหวให้มีความแปลกใหม่ มีจังหวะที่สนุกสนาน ทำท่ายความสามารถของผู้เรียน และมีการใช้ชื่อรูปแบบการเต้นที่มีความเฉพาะเป็นเอกลักษณ์ตามยุคสมัย จนได้มีองค์กร หน่วยงานรวมถึงนักวิชาการได้จำแนกประเภทของแอโรบิกแดนซ์ตามรูปแบบของการเต้นในลักษณะต่างๆ ไว้ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกประเภทของแอโรบิกแดนซ์รูปแบบต่างๆ

สุกัญญา พานิชย์เจริญนาม ⁽¹⁰⁾	กรมพลศึกษา ⁽¹¹⁾
1. การเต้นแอโรบิกแบบดั้งเดิม (Aerobic Dance)	1. การเต้นแอโรบิกแดนซ์ (Aerobic Dance)
2. แจ๊สเซอร์ไชส์ (Jazzercise)	2. แจ๊สเซอร์ไชส์ (Jazzercise)
3. ฟังก์แอโรบิก (Funk Aerobic)	3. ฟังก์แอโรบิก (Funk Aerobic)
4. สเต็ปแอโรบิก (Step Aerobic)	4. สเต็ปแอโรบิก (Step Aerobic)
5. แอโรบิกในน้ำ (Aqua Aerobic or Hydro Aerobic)	5. แอโรบิกในน้ำ (Aqua-Aerobic/Hydro-Aerobic)
6. สไลด์แอโรบิก (Slide Aerobic or Slide Reebok)	6. สเต็ปแอโรบิกในน้ำ (Aqua-step Aerobic/Step Wet)
7. คอร์ รีบอก (Core Reebok)	7. สไลด์แอโรบิก (Slide Aerobic/Slide Reebok)
8. จักรยาน (Spinning or Bike)	8. แอโรบิกมวยไทย (Thai Boxing Aerobic)
	9. แอโรบิกกับการใช้แรงต้าน (New Body)

เห็นได้ว่า รูปแบบการออกกำลังกายได้มีการพัฒนาให้มีความละเอียดและเหมาะสมกับกลุ่มบุคคล การออกกำลังกายบางประเภทไม่เพียงแต่ใช้ร่างกายเคลื่อนไหวอย่างเดียว แต่ได้มีการประยุกต์การเคลื่อนไหว หรืออุปกรณ์มาใช้ประกอบการออกกำลังกาย เพื่อสร้างความหนักของงาน เช่น การก้าวขึ้น-ลงแท่นสเต็ป ซึ่งเหมาะสำหรับบุคคลที่ต้องการเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานขณะออกกำลังกายจึงเป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก พัฒนาความสามารถในการทรงตัวและสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างของร่างกายได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การออกกำลังกายในน้ำก็ยังเป็นที่นิยม มีการใช้แรงต้านของน้ำ และการลอยตัวในน้ำมาช่วยเพิ่มความหนักของงานในการเคลื่อนไหวของแขน-ขา ทำให้แขน-ขาทำงานได้หนักขึ้น สามารถเร่งความหนักของงานได้ดี เห็นได้ว่า วิวัฒนาการด้านการออกกำลังกายได้เริ่มมีบทบาทต่อความนิยมในการออกกำลังกาย และมีผลเชิงธุรกิจเพิ่มมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน



ความหลากหลายของรูปแบบการเต้นสมัยใหม่ (Varieties of Modern Dance Exercise Styles)

ในปัจจุบันรูปแบบของการเต้นแอโรบิกได้ถูกพัฒนาขึ้นให้มีความน่าสนใจมากขึ้น การนำจังหวะท่าทางของการเต้นรูปแบบต่างๆ มาผสมผสานเข้ากับจังหวะดนตรีเพื่อให้เกิดชุดท่าเต้นที่มีความเฉพาะเป็นเอกลักษณ์ หลอมรวมทักษะการเคลื่อนไหว และจังหวะที่หลากหลาย ซึ่งมีทั้งรูปแบบการผสมผสานระหว่างแรงกระแทกสูงกับแรงกระแทกต่ำ โดยประยุกต์ขึ้นภายใต้หลักการของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกคานซ์ ในยุคสมัยของความนิยมการออกกำลังกายแบบกลุ่ม โดยเฉพาะรูปแบบการเต้นได้มีทางเลือกในการเรียนรู้มากมาย ซึ่งมีองค์กรที่สร้างสรรค์งาน และพัฒนารูปแบบการสอนเต้น รวมถึงการพัฒนาผู้นำการออกกำลังกายแบบกลุ่มที่ได้รับความนิยมกันอย่างแพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับในระดับสากลทั่วโลก โดยบริษัท Les Mills เป็นบริษัทจากนิวซีแลนด์ที่เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์การสอนเต้นคลาสต่างๆ ในสถานบริการด้านการออกกำลังกายทั่วโลก เป็นองค์กรที่ได้รับความนิยมด้านการสร้างสรรค์รูปแบบการออกกำลังกายแบบกรุปเอ็กเซอร์ไซส์ (Group Exercise) โดยมีผู้ฝึกสอนที่มีความรู้ความชำนาญสามารถออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายจนเป็นที่ยอมรับ และได้รับความนิยม เช่น Body Balance, Body Combat Body Pump, Body Step และ RPM เป็นต้น โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนเต้น (Group Fitness Instructors; GFIs) ได้คิดค้นท่าทางการเต้นโดยนำหลักการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา ชีวกลศาสตร์ และเวชศาสตร์การกีฬามาปรับใช้ในโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อกำหนดรูปแบบการเคลื่อนไหวให้มีความปลอดภัย ซึ่งในปัจจุบันรูปแบบการออกกำลังกายได้มีการจัดทำลิขสิทธิ์ เพื่อให้ฟิตเนสทั่วโลกที่อยู่ในเครือข่ายสามารถเปิดสอน และพัฒนาผู้สอนอย่างเป็นระบบ โดยมีประเทศที่ร่วมจดลิขสิทธิ์ เพื่อนำไปใช้ในเชิงธุรกิจ เช่น ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา อังกฤษ จีน สิงคโปร์ และประเทศไทย จากข้อมูลดังกล่าว ผู้เขียนจึงขอเสนอตัวอย่างของกรุปเอ็กเซอร์ไซส์ที่กำลังเป็นที่นิยมในปัจจุบันไว้ดังต่อไปนี้

1. บอดี้ สเต็ป (Body Step) เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่นำพื้นฐานของการเต้นสเต็ปแอโรบิกมาประยุกต์ใช้ในจังหวะ และท่าทางที่หลากหลายขึ้น มีการออกแบบท่าทางในการใช้การก้าวเท้าขึ้น ลง ด้านหน้า และการเคลื่อนที่ทางด้านข้าง

2. บอดี้ คอมแบท (Body Combat) เป็นการออกกำลังกายแบบศิลปะป้องกันตัวที่มีการผสมผสานทักษะการต่อสู้หลายรูปแบบ ได้แก่ มวยไทย เทควันโด คาราเต้ มาประยุกต์เกิดเป็นรูปแบบการออกกำลังกาย

3. บอดี้ แจม (Body Jam) เป็นการเต้นแบบแอโรบิกที่มีการนำท่าเต้นแนวฮิปฮอป (Hip Hop) มาประยุกต์ใช้ในการเต้น มีการใช้ท่าทางประกอบการเต้นจะใช้วิธีการกระตุกร่างกาย (Isolation) หรือการใช้ท่าทางขึ้น-ลง (Locking) การโยกตัวขึ้น-ลง (Bouncing) และการกระโดด (Hop)

4. บอดี้ แอดแทค (Body Attack) มีจังหวะ และท่าทางการเต้นที่สร้างความสนุกในการเต้นมากกว่าการเต้นแอโรบิกแบบปกติ ท่าทางมีการใช้ท่าทางการกระโดด และการเคลื่อนที่แบบรวดเร็ว



5. ชแบบม (Sh'Bam) เป็นการนำบรรยากาศการเต้นในคลับ โดยมีการผสมผสานรูปแบบการเต้นหลายสไตล์ร่วมกัน เช่น แอโรบิกแดนซ์ แจ๊สดานซ์ ฮิปฮอป ฟังก์ ละตินอเมริกา และบัลเลย์

6. บอดี้ บาลานซ์ (Body Balance) เป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบไม่มีแรงกระแทก มีความคล้ายคลึงกับการฝึกโยคะ มีการผสมผสานทักษะการฝึกไทเก็ก ไทชิ เพื่อสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ

7. บอดี้ ปั๊ม (Body Pump) เป็นการใช้น้ำหนักเข้ามามีส่วนร่วมในการออกกำลังกายด้วย ซึ่งมีการใช้อุปกรณ์ในการฝึก ได้แก่ บาร์เบล แผ่นน้ำหนัก และแท่นสเตป มีการหมุนเวียนใช้กล้ามเนื้อแต่ละส่วนด้วยท่าฝึกต่างๆ มีการควบคุมความเร็วในการออกแรงยกใช้ความทนทานของกล้ามเนื้อแต่ละส่วน

8. อาร์ พี เอ็ม (RPM) เป็นการปั่นจักรยานตามจังหวะดนตรี โดยการจำลองการปั่นหลายรูปแบบทั้งทางตรง ขึ้นเขา และลงเขา ใช้ทักษะการปั่นจักรยาน โดยมีการควบคุมความหนักด้วยการปรับแรงต้านโดยผู้ฝึกเป็นผู้กำหนดเอง

9. ซุมบ้าแดนซ์ (Zumbar Dance) หรือเรียกว่า ลาตินแดนซ์ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแอโรบิกแดนซ์ แต่มุ่งเน้นลีลาท่าทางการเต้นสไตล์ลาติน และมีการใช้กล้ามเนื้อส่วนสะโพกในการควบคุมจังหวะการเคลื่อนไหว

10. ซีเอกซ์ เวิร์ค (CX Work) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้น้ำหนักตัว ผสมผสานกับอุปกรณ์แรงต้าน ได้แก่ ยางยืด แผ่นน้ำหนัก โดยเน้นการเคลื่อนไหวหลายข้อต่อและเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อมัดลึก

โดยในปี ค.ศ. 2018-2020 บริษัท Les Mills ได้ร่วมกับ Dr. Jinger Gottschall ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบกรุปเอ็กเซอร์ไซส์ได้ทำการศึกษาความหนักของรูปแบบการออกกำลังกาย และอัตราการเผาผลาญพลังงานขณะออกกำลังกายในกลุ่มผู้ออกกำลังกายแต่ละรูปแบบ จำนวน 12,000 ครั้ง โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มอาสาสมัคร จำนวน 477 คน ที่มีอายุระหว่าง 18-62 ปี (ค่าเฉลี่ยอายุ 36 ปี) ซึ่งจากการศึกษาได้มีการนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการเลือกกรุปเอ็กเซอร์ไซส์แต่ละรูปแบบไว้ ดังนี้⁽¹²⁾

ตารางที่ 2 รูปแบบการออกกำลังกายและอัตราการเผาผลาญพลังงานของกรุปเอ็กเซอร์ไซส์

รูปแบบกิจกรรม	METs	ระยะเวลา	อัตราการเผาผลาญพลังงาน	อัตราการเผาผลาญต่อนาที
ซีเอกซ์ เวิร์ค (CX Work)	5.5	30	230	7.67/min
เดอะทริป (The Trip)	6	40	470	11.75/min
บอดี้ บาลานซ์ (Body Balance)	4	45	265	5.89/min
บอดี้ แจม (Body Jam)	6.6	55	480	8.73/min



รูปแบบกิจกรรม	METs	ระยะเวลา	อัตราการเผาผลาญพลังงาน	อัตราการเผาผลาญต่อนาที
กริท (Grit)	7.4	30	400	13.33/min
บอดี้ ปัม (Body Pump)	8	55	560	10.18/min
ชแบม (Sh'Bam)	6.4	45	410	9.11/min
บอดี้ แอคแทค (Body Attack)	9.5	55	675	12.27/min
สปринท์ (Sprint)	12	30	450	15.00/min
อาร์ พี เอ็ม (RPM)	12.2	45	675	15.00/min
โทน (Tone)	7.2	45	450	10.00/min
บอดี้ คอมแบท (Body Combat)	7.7	55	740	13.45/min
บอดี้ สเต็ป (Body Step)	8.2	50	512	11.13/min
บอดี้ วีฟ (Body Vive)	6	45	343	8.62/min

การใช้จังหวะดนตรีเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างแรงกระตุ้น และแรงจูงใจให้การออกกำลังกายประสบความสำเร็จ สำหรับการจัดกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่ม (Group exercise class) การออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายจำเป็นต้องใช้จังหวะดนตรีในการกำกับจังหวะการเคลื่อนไหว ซึ่งในช่วงต่อมาในปี ค.ศ. 2017 Costtas I. Karagiorghis⁽¹³⁾ ได้ให้ข้อเสนอแนะถึงการกำหนดความเร็วของจังหวะดนตรีซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมจังหวะการเคลื่อนไหวขณะออกกำลังกายให้มีความเหมาะสม และปลอดภัย นอกจากนี้ ในบางรูปแบบเสียงดนตรีที่มีจังหวะช้าๆ ไม่มีเสียงจังหวะที่หนักยังช่วยส่งเสริมในด้านการผ่อนคลายร่างกาย และจิตใจในขณะที่ออกกำลังกายได้ โดยมีข้อเสนอแนะในการเลือกใช้จังหวะที่เหมาะสมของการออกกำลังกายแบบกลุ่มแต่ละรูปแบบไว้ ดังนี้

ตารางที่ 3 การเลือกใช้จังหวะดนตรีสำหรับการออกกำลังกายแบบกลุ่มแอโรบิก

ลักษณะของการออกกำลังกาย	ความเร็วของดนตรี (จังหวะต่อนาที)
แอโรบิกแดนซ์ (Aerobic dance)	90 – 150 จังหวะต่อนาที
สเต็ปแอโรบิก (Step aerobic)	115 – 130 จังหวะต่อนาที
แอโรบิกในน้ำ (Aqua aerobic)	100 – 130 จังหวะต่อนาที
บอดี้ปัม (Body pump)	100 – 140 จังหวะต่อนาที
บอดี้คอมแบท (Body combat)	90 – 180 จังหวะต่อนาที
ซุมบ้า (Zumba)	80 – 180 จังหวะต่อนาที
เซอร์คิต เทรนนิ่ง (Circuit training)	120 – 145 จังหวะต่อนาที



ลักษณะของการออกกำลังกาย	ความเร็วของดนตรี (จังหวะต่อนาที)
สปริงนิง (Spinning)	115 - 145 จังหวะต่อนาที
บอร์คเซอร์ไชส์ (Boxercise)	75 - 160 จังหวะต่อนาที
พิลาทิส (Pilates)	80 - 100 จังหวะต่อนาที
โยคะ (Yoga)	80 - 100 จังหวะต่อนาที
ไทชิ (Ti chi)	80 - 100 จังหวะต่อนาที

หลักการสำคัญของแอโรบิกแดนซ์ (Principles of Aerobics Dance)

ในปัจจุบันรูปแบบแอโรบิกแดนซ์ได้มีการพัฒนา และมีวิธีการสอนที่หลากหลายทำให้กิจกรรมการออกกำลังกายมีความน่าสนใจ ดังนั้น หลักการของหลักการสำคัญของการฝึกแอโรบิกแดนซ์ที่ควรคำนึงถึง และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้ฝึกจึงควรนำหลักการไปออกแบบรูปแบบการออกกำลังกาย เพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ของแอโรบิกแดนซ์ โดยนำหลักการ “FFITT” (FFITT prescription of aerobic dance) โดยสมาคมแอโรบิกแดนซ์ (Aerobic Dance Association, ADA)⁽¹⁴⁾ ได้ให้หลักการในการฝึกแอโรบิกแดนซ์ไว้ ดังนี้

1. สนุกสนาน (Fun) จัดบรรยากาศการฝึกซ้อมให้มีแรงจูงใจ สนุก ทำท่าย และมีความท้าทายชัดเจนในการฝึก และสามารถติดตามผลความก้าวหน้าได้ ผู้นำการออกกำลังกาย และผู้ฝึกสอนที่มีจิตวิทยาควรจัดกิจกรรมการฝึกซ้อมให้มีความสนุกสนานในความยาก และความเหนื่อย กิจกรรมที่จัดควรหลากหลาย ทั้งความหนัก และความยากความท้าทายตามความสามารถที่แตกต่างระหว่างบุคคล หากทุ่มเท และมุ่งมั่นเพียงพอสามารถประสบผลสำเร็จ และบรรลุตามจุดมุ่งหมายได้

2. ความบ่อย (Frequency) ความบ่อยในการฝึก และออกกำลังกายอย่างน้อยใช้เวลา 3-5 วันต่อ 1 สัปดาห์ หรืออย่างมาก 6 วันต่อ 1 สัปดาห์ ควรมี 1 วันพักเพื่อให้กล้ามเนื้อฟื้นคืนสภาพ ในการฝึกก็ควรควรมีวันซ้อมหนัก เบา และปานกลางสลับกัน ปริมาณการพัฒนาศมรรถภาพการฝึกทักษะ และการพักฟื้นควรเป็นสัดส่วนกัน และขึ้นอยู่กับความหนักในการฝึกซ้อม และช่วงฤดูกาลด้วย

3. ความหนัก (Intensity) หรือเหนื่อยเพียงใดในการฝึก และออกกำลังกาย วัดจากอัตราการเต้นของหัวใจ หรือการจับชีพจร (Heart rate/pulse) โดยการคำนวณหาชีพจรเป้าหมาย (Target heart rate) เพื่อกำหนดความหนักหรือความเหนื่อยในการออกกำลังกายฝึกอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยมากที่สุด

4. ระยะเวลา (Time) ความนานในการออกกำลังกายโดยนับที่ช่วงความหนักของชีพจรเป้าหมายติดต่อกันเป็นเวลา 15-60 นาที ในการฝึกกีฬา ความนานที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับความหนักช่วงฤดูกาล แข่งขัน เพศ วัย ระดับสมรรถภาพ และการใช้เวลาอย่างมีคุณภาพหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามความนานไม่ควรเกิน 4 ชั่วโมง ไม่ควรต่ำกว่า 2 ชั่วโมง



5. ชนิดของการออกกำลังกาย (Types of Activity) ควรมีการออกกำลังกายหลากหลายชนิด หรือมีการใช้กล้ามเนื้อหลายกลุ่ม เพื่อสร้างความสมดุลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคู่ขนาน เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยานว่ายน้ำ แต่ละกิจกรรมสามารถพัฒนาสมรรถภาพ หรือทักษะกีฬาได้ครบถ้วน ผู้ฝึกสอนควรมีบันทึกที่บอกถึงระดับสมรรถภาพ ข้อดีข้อบกพร่องที่แก้ไข และข้อควรระวังที่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษเพื่อการจัดการกิจกรรมให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล

ขั้นตอนของการสอนแอโรบิกแดนซ์ (Steps of Aerobics Dance Teaching)

ขั้นตอนของการออกแบบการจัดองค์ประกอบของแอโรบิกแดนซ์ได้ถูกแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก โดยแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามในการจัดลำดับขั้นตอนการสอนสามารถแบ่งออกได้ถึง 5 ขั้นตอนย่อย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีวิธีการที่มีความเฉพาะเจาะจง ทั้งนี้เพื่อให้รูปแบบมีความหลากหลาย และเกิดประโยชน์กับผู้ฝึกมากที่สุด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการนำไปปฏิบัติ ผู้เขียนจึงได้ยกตัวอย่างการกำหนดขั้นตอนการสอนโดยมีเนื้อหารายละเอียดวิธีการดังต่อไปนี้

สมาคมแอโรบิกและฟิตเนสแห่งอเมริกา (Aerobics and Fitness Association of America, AFAA) ได้ให้คำแนะนำเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมมีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งแต่ละรูปแบบของการเต้นแอโรบิกอาจถูกออกแบบเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบ Aerobic Dance Routine เป็นการสร้างแบบแล้วเดินตามรูปแบบและเวลาที่กำหนดจะใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที หรือแบบ Group Aerobic Dance มีผู้นำโดยผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องทำตามผู้นำจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ตลอดระยะเวลาของการออกกำลังกาย ซึ่งขั้นตอนในแอโรบิกแดนซ์สามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังรายละเอียดต่อไปนี้⁽¹⁴⁾

1. ช่วงเตรียมความพร้อมความเข้าใจก่อนเริ่มกิจกรรม (Pre-class briefing) ใช้เวลา 2-3 จุดประสงค์ของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมฝึกมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติเดียวกัน อีกทั้งยังต้องสอบถามถึงข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าการฝึกครั้งนี้มีความปลอดภัย ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจ และสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ บางครั้งอาจปัจจัยของความแตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ และประสบการณ์ ผู้สอนจะต้องตระหนักถึงระดับความสามารถของผู้เข้าร่วมแต่ละคนให้สามารถปฏิบัติได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

2. ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 10-12 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด และการหายใจขณะออกกำลังกาย นอกจากนั้น เป็นการกระตุ้นระบบโครงร่างของร่างกาย และระบบประสาทให้พร้อมที่จะมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ระยะเวลาของการอบอุ่นร่างกายควรปฏิบัติอย่างน้อย 10 นาที หรือ 12-13 นาทีสำหรับผู้สูงอายุ อาจใช้ความเร็วของเพลงอยู่ที่ 128-132 bpm



พยายามรักษาความหนักของช่วงอบอุ่นร่างกายอยู่ที่ 60 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด หรือขึ้นอยู่กับการจัดโปรแกรมของผู้นำแอโรบิกคานซ์

3. ช่วงแอโรบิก (Aerobics or work) ใช้เวลา 20 นาที เพื่อเร่งความหนักของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด ให้มีระดับความหนักที่อยู่ในช่วงที่ร่างกายใช้พลังงานเผาผลาญไขมันอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยในช่วงแอโรบิกนี้สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

3.1 ก่อนเข้าสู่ช่วงแอโรบิก (Preparing aerobics phase) ใช้เวลา 3-5 นาที ใช้ความหนักระดับปานกลางหรือค่อนข้างมาก ทำท่าทางการเคลื่อนไหวมีการใช้ขาและแขนประกอบร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพของท่าทางการเคลื่อนไหวที่แข็งแรง ถูกต้อง ปลอดภัยก่อนเพิ่มจังหวะให้เร็วขึ้นในช่วงต่อไป

3.2 ช่วงแอโรบิก หรือช่วงเร่งงาน (Active aerobics phase) ใช้เวลา 10-15 นาที โดยใช้รูปแบบการเคลื่อนไหวที่เพิ่มจังหวะการลงน้ำหนักของเท้า อาจมีจังหวะการเคลื่อนไหวของแขนและขาที่เร็วขึ้น ร่างกายมีการตอบสนองของอัตราการหายใจที่เร็วขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงค่อนข้างสูงอย่างต่อเนื่อง

3.3 ช่วงผ่อนเบา (Cool-down of aerobics phase) ใช้เวลา 3-5 นาที เป็นช่วงที่ลดจังหวะการเคลื่อนไหวให้ช้าลง และลดจังหวะการเคลื่อนไหวให้น้อยลง โดยกลับมาใช้ท่าทางที่ท่าสองข้างสัมผัสพื้น แต่ยังมีการใช้การบริหารกล้ามเนื้อทั่วร่างกายซึ่งมาจากการใช้ท่าทางการเคลื่อนไหวของแขนและขา และพยายามลดความหนักของอัตราการเต้นของหัวใจให้เบาลง

4. ช่วงสร้างความแข็งแรง (Strengthening) ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที เป็นการสร้างความแข็งแรงพื้นฐานของกล้ามเนื้อ โดยใช้หลักการฝึกปฏิบัติบนพื้นหรือเบาะรองนั่ง (Floor exercise) ในการบริหารกล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกาย ประกอบด้วย กล้ามเนื้อหัวไหล่ (Deltoid muscle) กล้ามเนื้อหลังส่วนบน (Trapezius) กล้ามเนื้อต้นแขนด้านหน้า (Biceps) กล้ามเนื้อต้นแขนด้านหลัง (Triceps) และกล้ามเนื้อหน้าอก (Chest) ในส่วนกล้ามเนื้อแกนกลางร่างกาย (Core muscle) ประกอบด้วย กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominals) กล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง (Lower back) กล้ามเนื้อลำตัวด้านข้าง (Oblique) และในส่วนของกล้ามเนื้อส่วนล่างของร่างกาย ประกอบด้วย กล้ามเนื้อสะโพก (Hip) กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (Quadriceps) กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (Hamstring) ในการสร้างความแข็งแรงในแต่ละส่วนควรมีการสอดแทรกการยืดเหยียดกล้ามเนื้อไปด้วย เพื่อลดความล้าของกล้ามเนื้อระหว่างฝึก หรือเพื่อให้เกิดความหลากหลาย และความท้าทายของการฝึกอาจเพิ่มการใช้อุปกรณ์เสริมในการสร้างความหนักของกิจกรรมให้มากขึ้น เช่น การถือดัมเบล (Dumbbell or hand weights) การใช้ยางยืด (Rubber band) การใช้แรงต้านสะเทือนด้วยเฟล็กซ์บาร์ (Flexi bar) และใช้ลูกเมททิซบอล (Medicine ball) เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถ และพื้นฐานความแข็งแรงของแต่ละบุคคล



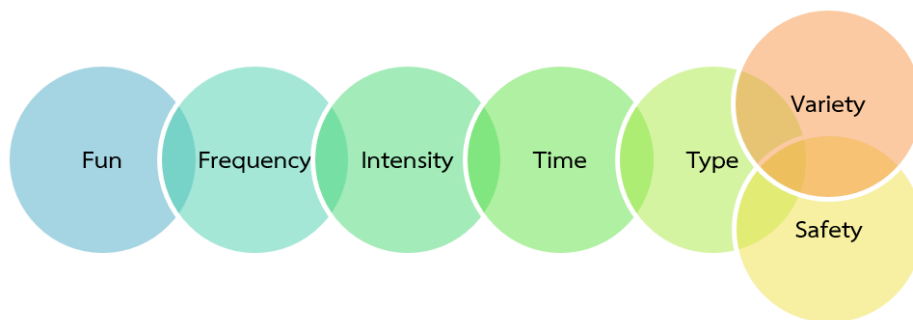
5. ช่วงผ่อนคลาย และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Cool-down and stretching) ใช้เวลา 3-7 นาที ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเต้นของหัวใจให้ต่ำลง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อให้กลับสู่สภาวะปกติ และรักษาสภาพของโครงสร้างร่างกายให้มีความอ่อนตัว โดยการใช้วิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบมีการเคลื่อนไหว (Dynamic stretching) และแบบค้างนิ่ง (Static stretching) อาจมีการใช้อุปกรณ์ช่วยในขั้นตอนการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น ไม้ผืน หรือใช้เชือกช่วยในการยืด ขึ้นอยู่กับความหลากหลายในการออกแบบโปรแกรมครั้งนั้น

บทสรุป (Conclusion)

แอโรบิกแดนซ์จัดเป็นรูปแบบในลักษณะกรู๊ปเอ็กเซอร์ไซส์ที่ได้รับความนิยมทั่วโลก กรู๊ปเอ็กเซอร์ไซส์สามารถประยุกต์ และจำแนกรูปแบบของการออกกำลังกายที่หลากหลาย โดยผู้เขียนมีแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประเภทของกรู๊ปเอ็กเซอร์ไซส์สมัยใหม่ โดยจัดโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับสมรรถนะทางกาย 3 ประเภท คือ กรู๊ปเอ็กเซอร์ไซส์ประเภทที่หนึ่งเป็นการพัฒนาระบบหัวใจไหลเวียนเลือด เช่น บอดี้ สเต็ป, บอดี้ คอมแบท, บอดี้ แจม และ อาร์ พี เอ็ม เป็นต้น กรู๊ปเอ็กเซอร์ไซส์ประเภทที่สองพัฒนาด้านความทนทาน และเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น บอดี้ ปัม, ซีเอกซ์ เวิร์ค และประเภทที่สามพัฒนาด้านความอ่อนตัวและยืดหยุ่น เช่น โยคะ และ บอดี้ บาลานซ์ กล่าวได้ว่าประโยชน์ของการฝึกกรู๊ปเอ็กเซอร์ไซส์ย่อมส่งผลดีต่อสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้นำการออกกำลังกายควรคำนึงถึงการลำดับขั้นตอนของการจัดโปรแกรมกรู๊ปเอ็กเซอร์ไซส์ให้มีความเหมาะสมกับผู้เรียน โดยคำนึงถึงหลักการของแอโรบิกแดนซ์ คือ FFITT ซึ่งประกอบด้วย ความสนุกสนาน (Fun) ความถี่หรือความบ่อย (Frequency) ประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) สามารถคำนวณหาด้วยวิธีการใช้อัตราการเต้นของหัวใจสำรอง (Heart rate reserve) หรือวิธีการใช้เปอร์เซ็นต์โดยตรง (Straight percentage method) ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Time) ประมาณ 15-60 นาที โดยเลือกรูปแบบของการออกกำลังกาย (Type) ให้มีความเหมาะสมกับความสามารถของตนเอง อย่างไรก็ตามจากหลักการของแอโรบิกแดนซ์ที่ถูกนำมาใช้ในปัจจุบันย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ฝึกเอง แต่ในบางสถานการณ์อาจมีปัจจัยอย่างอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งก่อให้เกิดอันตรายหรือส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสาเหตุที่เกิดขึ้นจากตัวบุคคลนั่นเอง เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายที่รุนแรง การจัดการกับความเหนื่อยของตนเอง ขณะออกกำลังกายไม่เหมาะสม การมีโรคประจำตัว มีการบาดเจ็บเรื้อรังของกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ การพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานยาบางชนิด เป็นต้น หรืออาจเกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย เช่น รองเท้าออกกำลังกาย ชุดที่สวมใส่ สถานที่ออกกำลังกายควรเป็นสถานที่โล่งหายใจได้สะดวก เป็นต้น จากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาล้วนส่งผลต่อความปลอดภัยของทั้งผู้สอน และผู้เรียนทั้งสิ้น ซึ่งในหลักการเบื้องต้นของแอโรบิกแดนซ์ (FFITT) ที่ผ่านมายังไม่มี



การกล่าวถึงความหลากหลายของการสอน (Variety : V) ดังนั้น ความหลากหลายของการสอนนอกจากการสร้างการเคลื่อนไหวของเท้าแล้ว ผู้นำเต้นยังสามารถเพิ่มความหลากหลายของการใช้แขนเพื่อสร้างความหนักของการออกกำลังกาย ดังข้อเสนอแนะของ Ntoumanis N.⁽¹⁵⁾ ว่าผู้นำสปริงนิงในปัจจุบันได้มีการเพิ่มการใช้แขนในการประกอบจังหวะขณะปั่นจักรยาน นอกจากนี้ ความปลอดภัยในการเต้นและการเคลื่อนไหว หรือใช้คำว่า Safety : S ผู้นำการออกกำลังกายจำเป็นต้องตระหนัก และให้ความระมัดระวังเพื่อให้การออกกำลังกายครั้งนั้นเกิดประสิทธิภาพสูงสุด



รูปที่ 1 หลักการสำคัญในการสอนแอโรบิคแดนซ์สมัยใหม่

ดังนั้น ผู้เขียนจึงได้สังเกตเห็นถึงประเด็นสำคัญทั้ง 2 ประการมีความเกี่ยวข้องกับการจัดโปรแกรมการเต้นให้ประสบความสำเร็จ และเป็นแนวปฏิบัติที่ปลอดภัยสำหรับการสอน ดังที่กล่าวมานั้น ผู้เขียนจึงให้ข้อเสนอแนะถึงหลักการของการออกกำลังกายแบบกรุปเอ็กเซอร์ไซส์สมัยใหม่ ซึ่งกล่าวถึงในบทความวิชาการเรื่องนี้โดยขอเสนอเป็น FFITT-VS โดยหลักการ Variety และ Safety จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการบูรณาการ เพื่อไปถ่ายทอดความรู้สู่การปฏิบัติที่เหมาะสม และปลอดภัยแก่ผู้สอนและผู้เรียน โดยมีวัตถุประสงค์ให้การออกกำลังกายครั้งนั้นเกิดประสิทธิภาพ และผู้เรียนได้รับประโยชน์จากการฝึกอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Arfanda PE, Aprilo I, Arimbi A, Mappompo MA, Nurliani N, Wahid WM. Workshop on Increasing Cardiovascular Endurance and Concentration Through Low Impact Aerobic Dance. J-ABDI: Journal Pengabdian kepada Masyarakat 2023; 2(9): 6569-6576.
2. Javed A, Mahmood B. Investigating the Effects of Aerobic Exercise and Respiratory Training on Cardiovascular and Respiratory Health During Pregnancy. Journal of Health and Rehabilitation Research 2023; 3(1): 124-9.



3. ยรรยง พานเพ็ง, ปรีชาวัลย์ ป้องกัน, กวิน บุญประโคน, และอาทิตย์ ปัญญาคำ. ประสิทธิภาพของการฝึกโยคะอาสนะและการฝึกบอดี้ฟังก์ชันนอลที่มีต่อสุขสมรรถนะในวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมการสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย 2565; 1(1): 13-28.
4. de Villarreal ES, Calleja-González J, Kakucska P, Alcaraz PE, Ramirez-Campillo R. Training and Detraining Effects of Step Aerobics on Strength and Functional Mobility in Healthy Middle-Aged and Older Women. *Journal of bodywork and movement therapies* 2019; 23(2): 390-393.
5. ถนอมวงศ์ ถุณณ์เพชร และเฉลิม ชัยวัชรารักษ์. สรีรวิทยาการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2536.
6. Ayari S, Abellard A, Sakrani S, Krinitskaia A, Grzelak M, Nader RB, Gavarry O. Comparison of dance and aerobic exercise on cognition and neuropsychiatric symptoms in sedentary older adults with cognitive impairment. *European Geriatric Medicine* 2023; 1-11.
7. Karanfil Y, Esme M, Korkusuz F. Musculoskeletal physiological changes in aging. In *Beauty, Aging and Antiaging Academic Press* 2023: 83-108.
8. Wang L, Guo F, Zhao C, Zhao M, Zhao C, Guo J, Zhu W. The effect of aerobic dancing on physical fitness and cognitive function in older adults during the COVID-19 pandemic-a natural experiment. *Sports Medicine and Health Science* 2023; 5(3): 196-204.
9. จรวยพร ธรณินทร์ และวิชิต คณิงสุขเกษม. แอโรบิคแดนซ์ เพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมดิคัลปรีมีเดีย; 2537.
10. กัญญา พานิชเจริญนาม และสืบสาย บุญวิโรต. ผู้นำแอโรบิคแดนซ์ทันสมัย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2546.
11. กรมพลศึกษา. แอโรบิคแดนซ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
12. Les Mills. Les mills classes - Guide to burned calories. Reviewed 9 Augus 2023, from. <https://www.villagegym.co.uk/blog/les-mills-fitness-class-calories-burned/>
13. Costas I. Karagiorgis. Applying music in exercise and sport. London UK. Human Kinetics; 2017.
14. Aerobic and Fitness Association of America, AFAA. Music and Dance Forms of Movements. Reviewed 12 April 2022, <https://www.afaa.com/courses/group-ex>
15. Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, Quested E, Hancox J. The effects of training group exercise class instructors to adopt a motivationally adaptive communication style. *Scandinavian journal of medicine & science in sports* 2017; 27(9): 1026-1034.



ปัจจัยพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณ
อายุราชการ ชมรมครูบำนาญอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

FACTORS PREDICTING HEALTH LITERACY FOR SELF-CARE AMONG RETIRED
TEACHERS AT THE PENSION TEACHERS CLUB MUEANGTAK DISTRICT IN
TAK PROVINCE

Received: November 23, 2023

Revised: January 23, 2024

Accepted: February 21, 2024

จิระภา ขำพิสุทธิ์^{1*}, ปัทมา สุพรรณกุล²

Jirapa Khampisut^{1*}, Pattama Suphunnakul²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ชมรมครูบำนาญอำเภอเมือง จังหวัดตาก เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.92 จากตัวอย่างจำนวน 150 ราย ด้วยวิธีการสุ่มแบบสะดวก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.3 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี มากที่สุด พบร้อยละ 86.0 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก และมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากเพียงพอ รองลงมา มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับเพียงพอ ผลการวิเคราะห์พบ 4 ตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ พบการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอำนาจการพยากรณ์สูงที่สุด ($\beta = 0.341$, $p\text{-value} = <0.001$) รองลงมาได้แก่ อายุ ($\beta = -0.256$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนด้านกำลังใจ ($\beta = 0.218$, $p\text{-value} = 0.005$) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ($\beta = 0.200$, $p\text{-value} = 0.003$) ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 4 ตัว ร่วมพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ได้ร้อยละ 42.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพตนเอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ครูหลังเกษียณอายุราชการ

¹ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

Faculty of Allied Health Sciences, Northern College

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Public Health, Naresuan University

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



Abstract

The main objective of predictive research was to study the factors predicting health literacy for self-care among Retired Teachers at the Pension Teachers Club, Mueang district in Tak Province. Data was collected by a questionnaire with a reliability of 0.92 from 150 retired teachers, using the convenience method for sampling. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis with a statistical significance of 0.05.

The results illustrate that 75.3 percent of the sample were female, with an age range of 60–69 years. In most of them, 86.0 percent found high blood pressure, respectively. Perception of health status had a high level, and had a high sufficient level of health literacy for self-care, followed by moderate sufficiency. Results from data analysis found four variables predicting health literacy for self-care among Retired Teachers at the Pension Teachers. The perception of health status had the highest predictive power ($\beta = 0.341$, $p\text{-value} = <0.001$), followed by age ($\beta = -0.256$, $p\text{-value} <0.001$), receiving emotional support ($\beta = 0.218$, $p\text{-value} = 0.005$) and receiving information support ($\beta = 0.200$, $p\text{-value} = 0.003$) respectively. In addition, four variables predict health literacy for self-care among retired teachers at 42.7%, with a statistical significance of 0.05.

Keywords: Self-Care, Health Literacy, Retired Teachers



บทนำ

ในสังคมโลกปัจจุบัน การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ โดยเฉพาะโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หรือที่เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “สังคมผู้สูงอายุ” จากข้อมูลเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566 พบว่า ประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี มีจำนวน 12,814,778 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.4 ของประชากรทั้งหมด 66,054,830 คน โดยกลุ่มที่มากที่สุด ร้อยละ 56.69 เป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี⁽¹⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นว่าส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มข้าราชการที่เกษียณอายุตามกฎหมาย นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตของข้าราชการ ผู้มีอาชีพทำงานประจำมาตลอดช่วงชีวิต ถือเป็นการสูญเสียสถานภาพ และบทบาททางสังคมที่ส่งผลโดยตรงต่อจิตใจของผู้เกษียณ นอกจากนี้ ยังมีความเสื่อมของร่างกายจากความเสื่อมของอวัยวะ โรคที่พบจากความเสื่อมของร่างกายในวัยนี้ ได้แก่ ข้อกระดูกร้อยละ 17.6 การมีฟัน (รวมฟันทดแทน) น้อยกว่า 20 ซี่ พบร้อยละ 52.2 นอกจากนี้ ร้อยละ 26.4 ของผู้สูงอายุมีปัญหาการได้ยิน และยังพบว่า 5 ใน 10 คนของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 ไขมันในเลือดสูง (Total cholesterol $\geq$ 240 มก./ดล.) ร้อยละ 23.8 อ้วน (BMI $\geq$ 25 kg/m²) ร้อยละ 38.4 อ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 ภาวะ Metabolic syndrome 39.8 และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่มีขนาดภาระโรคสูง พบเท่ากับ ร้อยละ 2.3 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย ร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.3 ตามลำดับ⁽²⁾ ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดความอ่านช้าลง ขาดโอกาสในการเรียนรู้แลกเปลี่ยน หรือรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ผู้สูงอายุควรมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการตัดสินใจ และประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้ความรู้สึก ความนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนด้านร่างกาย จิตใจที่เป็นจริงในขณะนั้น จากการศึกษา พบว่า บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี จะมีแรงจูงใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรกโดยการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และยังรวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน เครือข่ายต่างๆ ในสังคม มีงานวิจัยจำนวนมากแสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวกของแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในบริบทวัฒนธรรมสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบท จากการศึกษาของพยาม การดี ที่ศึกษาเชิงคุณภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต และเผชิญกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม⁽³⁾

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ ค้นหาคำตอบที่ต้องการ ตีความหมาย ตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และ



ตัดสินใจใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ-พอใช้^(5,6) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพคลาดเคลื่อน เกิดข้อจำกัดในการสื่อสารสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะทางสุขภาพ พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น มีการเข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ และจากการศึกษาของกาญจนา เพ็ญฟู พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสามารถทำนายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 59.1 ($R^2 = 0.591$)⁽⁷⁾

ข้าราชการครูถือเป็นอาชีพที่มีเกียรติ ได้รับการยกย่อง นับถือจากบุคคลทั่วไป ถือว่าครูเป็นผู้นำทางสังคม อย่างไรก็ตามหลังจากเกษียณอายุ จะรู้สึกว่าการงานประจำลดลง สูญเสียสถานภาพทางสังคม และปัญหาทางเศรษฐกิจ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยจากพัฒนาการตามวัย สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การเป็นอยู่ในสังคม และคุณภาพชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ชมรมครูบ้านนาญ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ว่าอยู่ในระดับใด และปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ในเชิงการทำนาย ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างความตระหนักให้กับข้าราชการ หรือบุคลากรที่จะเกษียณอายุให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขในขณะดำเนินชีวิตอยู่ในช่วงสูงวัยของข้าราชการครูหลังวัยเกษียณอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ชมรมครูบ้านนาญอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ชมรมครูบ้านนาญอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

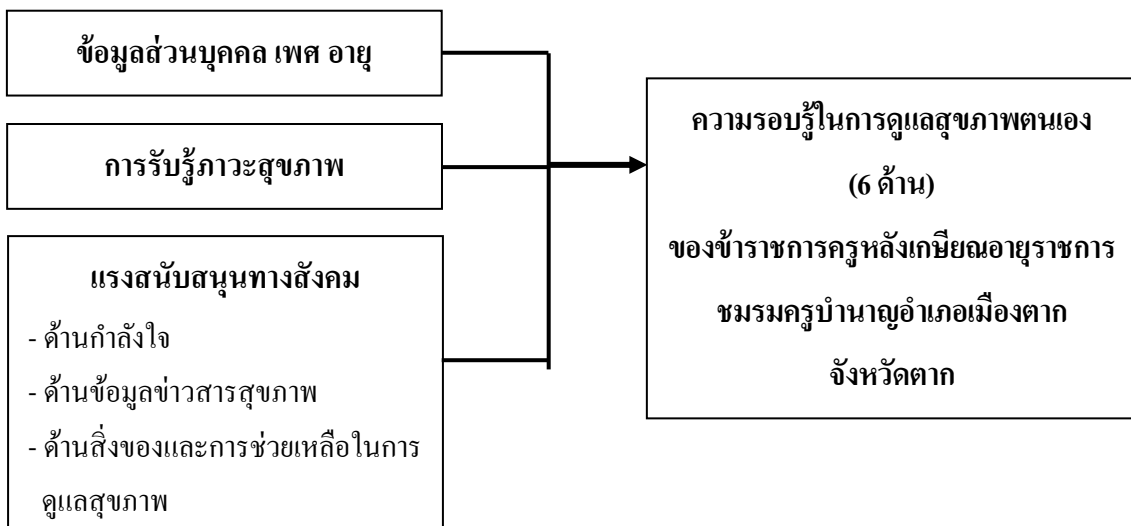
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ของตัวแปรที่สนใจศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่จะนำมาพยากรณ์ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ



ตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ประกอบด้วย 1) แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ตามแนวคิดทฤษฎีของ Schaffer, M.A.⁽⁸⁾ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam⁽⁹⁾ จากการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ จากชมรมครูบำนาญ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จำนวน 589 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2566) ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวคิดของ Kline⁽¹⁰⁾ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างที่ 20 เท่าต่อหนึ่งตัวแปรพยากรณ์ การศึกษานี้มีตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 6 ตัว ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ขนาดตัวอย่างจึงมีจำนวน 120 คน และเพื่อความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 25 ได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 150 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูล ด้วยการสุ่มแบบสะดวก (Convenience Sampling)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายรับเฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว โรคประจำตัว คำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความกังวลหรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ รับรู้มากที่สุด จนถึง รับรู้น้อยที่สุด การแปลผลจะนำคะแนนรวมทั้งหมด มาแบ่งช่วงชั้น เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับน้อย การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง และการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับมาก ตามเกณฑ์ของ Best⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaffer, M.A. แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกำลังใจ 2) ด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และ 3) ด้านสิ่งของและการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ⁽⁸⁾ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด จนถึงการไม่ได้รับการสนับสนุน การแปลผลจะนำคะแนนรวมมาแบ่งช่วงชั้น เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนมาก การได้รับการสนับสนุนปานกลาง และการได้รับการสนับสนุนน้อย ตามเกณฑ์ของ Best⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (health literacy) ของ Nutbeam ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะทางปัญญา 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ⁽⁹⁾ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมาก จนถึงเป็นจริงน้อยที่สุด การแปลผลจะนำผลรวมคะแนนเต็มของข้อคำถาม มาแบ่งช่วงชั้นโดยการเทียบเกณฑ์ร้อยละ ที่ตำแหน่ง 60 และ 80 ตามลำดับ ตามเกณฑ์ของ Blooms⁽¹²⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้าง และพัฒนาแบบสอบถามในการศึกษารั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามศัพท์ที่ระบุไว้และนำผลตรวจของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำ



แบบสอบถามไปใช้กับข้าราชการครูเกษียณหลังอายุราชการ ซึ่งไม่ใช่พื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยจะพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach Alpha's coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการศึกษาถึงประธานชมรมครูบำนาญอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. คณะวิจัยจัดเตรียมแบบสอบถาม จำนวน 150 ชุด ก่อนออกเก็บข้อมูล คณะวิจัยได้ร่วมประชุมชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ของแบบสอบถาม และซักถามจนเกิดความเข้าใจตรงกัน
3. คณะวิจัยเข้าเก็บข้อมูลในการประชุมสังสรรค์ ของชมรมครูบำนาญ อำเภอเมืองตาก
4. หลังได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามทั้ง 150 ชุด ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ชมรมครูบำนาญอำเภอเมืองตาก ด้วยสถิติวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0031 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2566 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 75.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 59.3 รองลงมาช่วงอายุ 70-80 ปี ร้อยละ 34.7 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69 ปี (S.D. $\pm$ 5.57) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 68.7 รองลงมา ได้แก่ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 18.0 มีคู่สมรสอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 57.3 มีรายรับต่อเดือน 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 36.0 มีรายรับเฉลี่ย 26,953 บาท (S.D. $\pm$ 19.63) ร้อยละ 94.7 เป็นที่พึ่งของครอบครัว ร้อยละ 92.0 มีบ้านพัก



อาศัยเป็นของตนเอง และร้อยละ 76.0 มีโรคประจำตัว โดยที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 86.0, 76.0 และ 24.0 ตามลำดับ

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 88 และรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 12 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ = 34.45 (S.D. $\pm$ 4.028) จากคะแนนสูงสุด 40 และคะแนนต่ำสุด 20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ จำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในภาพรวม (n = 150)

ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
-	รับรู้ภาวะสุขภาพระดับน้อย (8-18 คะแนน)	0	0
-	รับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง (19-29 คะแนน)	18	12.0
-	รับรู้ภาวะสุขภาพระดับมาก (30-40 คะแนน)	132	88.0
$\bar{X}$ = 34.45 S.D. = 4.028 Min = 20 Max = 40			

3. แรงสนับสนุนทางสังคม

ข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56 รองลงมา ได้รับในระดับมากร้อยละ 44 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน = 20.17 (S.D. $\pm$ 2.378) จากคะแนนสูงสุด 27 และคะแนนต่ำสุด 15 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามระดับที่ได้รับการสนับสนุน ในภาพรวม (n = 150)

ระดับที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม		จำนวน	ร้อยละ
-	ได้รับในระดับมาก (21-27 คะแนน)	66	44.0
-	ได้รับในระดับปานกลาง (15-20 คะแนน)	84	56.0
-	ได้รับในระดับน้อย (9-14 คะแนน)	0	0
$\bar{X}$ = 20.17 S.D. = 2.378 Min = 15 Max = 27			



4. ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากเพียงพอ (สามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน ปฏิบัติตนได้ถูกต้องสม่ำเสมอ) ร้อยละ 50.0 รองลงมา มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับเพียงพอ (สามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง) ร้อยละ 42.0 และมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับยังไม่เพียงพอ (ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้อง) ร้อยละ 8.0 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง = 75.89 (S.D. $\pm$ 11.135) จากคะแนนสูงสุด 95 และคะแนนต่ำสุด 44 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ จำแนกตามระดับของความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ในภาพรวม (n = 150)

ระดับความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
- มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับไม่เพียงพอ (ตั้งแต่ 58 คะแนนลงมา) (ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้อง)	12	8.0
- มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับเพียงพอ (59-76 คะแนน) (สามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง)	63	42.0
- มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากเพียงพอ (ตั้งแต่ 77-96 คะแนน) (สามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน ปฏิบัติตนได้ถูกต้องสม่ำเสมอ)	75	50.0
$\bar{X} = 75.89$ S.D. = 11.135 Min = 44 Max = 95		

5. ปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ก่อนนำข้อมูลเข้าวิเคราะห์หาอำนาจพยากรณ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าว พบว่า ผลการทดสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด อาทิ ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (พิจารณาจากกราฟ Scatterplot) ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ ($\bar{X} = 0$, S.D. = 0.986) ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน (Durbin-Watson = 1.951) (มีค่าระหว่าง 1.5-2.5) และตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) พิจารณาจากค่า Tolerance พบมีค่าเข้าใกล้ 1 และ หรือ ค่า VIF มีค่าไม่เกิน 10 ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4



**ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ปัจจัยพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง
ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ แบบ Stepwise (n = 150)**

ตัวแปรที่ศึกษา	b	β	t	p-value
- การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X ₁)	0.942	0.341	4.374	<0.001*
- อายุ (X ₂)	-0.511	-0.256	-4.056	<0.001*
- การได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ (X ₃)	2.013	0.218	2.854	0.005*
- การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (X ₄)	2.153	0.200	3.051	0.003*
สุขภาพ				

* p-value <0.05, constant = 50.109, Adj R² = 0.427

จากตารางที่ 4 พบ 4 ตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ตัวแปรที่มีอำนาจการพยากรณ์สูงที่สุดได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.341$, p-value = <0.001) รองลงมาได้แก่ อายุ ($\beta = -0.256$, p-value <0.001), การได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ ($\beta = 0.218$, p-value = 0.005) และการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ($\beta = 0.200$, p-value = 0.003) ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 4 ตัว ร่วมพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ได้ร้อยละ 42.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากข้อมูลในตารางที่ 4 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ ได้ดังนี้

$$Y' = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3 + b_4 X_4 + b_5 X_5$$

Y' (ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง) = 50.109 + 0.942 (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) - 0.511 (อายุ) + 2.013 (การได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ) + 2.153 (การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก และมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากเพียงพอ ผลการวิเคราะห์พบ 4 ตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ, อายุ, การได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ และการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ตัวแปรทั้ง 4 ตัว ร่วมพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ ได้ร้อยละ 42.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลปัจจัยร่วมพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครู หลังเกษียณอายุราชการ จำแนกรายตัวแปร ตามลำดับ ดังนี้

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า มีอำนาจพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และถือเป็นความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคล ข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับมาก ทำให้มีความสนใจในการที่จะแสวงหาความรู้สุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด ของ Pender⁽¹³⁾ ที่ว่าเมื่อบุคคลมีความคิดเห็นความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะทางสุขภาพ ที่พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี⁽¹⁴⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เฟื่องฟู ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ($\beta = 0.231$, $p\text{-value} < .001$)⁽⁷⁾

แรงสนับสนุนทางสังคม พบมีอำนาจพยากรณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ อธิบายได้ว่า ข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ หากได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากขึ้น ตามแนวคิดของ Schaefer⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือเพื่อประโยชน์ของบุคคล ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม ให้เกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของพยาม การดี และคณะ ที่ศึกษาเชิงคุณภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต และเผชิญกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมได้ ซึ่งข้อค้นพบตามการรับรู้ คือ “เรื่องของจิตใจต้องเข้าใจดูแล” โดยเน้นไปในรูปแบบการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ อารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ นำมาซึ่งความปลอดภัย ความอุ่นใจ และความมั่นคงในการมีชีวิตที่ยืนยาว⁽³⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของจกณิ ชันอาสา ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร ($r = 0.745$,



$p\text{-value} < 0.001$)⁽¹⁵⁾ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ได้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นจากบุคคลต่างๆ ที่อยู่ร่วมกัน ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเพิ่มขึ้น

ด้านอายุ พบว่า มีอำนาจพยากรณ์ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของข้าราชการครู หลังเกษียณอายุราชการ ซึ่งพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น คะแนนความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง ทั้งนี้เนื่องจากข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง มีความจำเสื่อม หรือบกพร่องในการสื่อสารสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จริยาจิรวัฒนา ที่ทำการศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15-24 ปี 3.71 เท่า (95%CI: 1.25-11.1) เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีปัญหาในการฟังและอ่าน⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Stonska et al. ที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดถึงร้อยละ 61.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ จิรนนท์ ช่วยศรีนวล และกนกวรรณ อังกสิทธิ์ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p\text{-value} = 0.001$)^(18,19) แสดงว่าข้าราชการครูหลังเกษียณอายุราชการที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองจะลดลง โดยความสามารถในการรู้คิดลดลง ส่งผลต่อการเรียนรู้การจดจำ และความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลงตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบเป็นข้อมูลในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุทั้งกลุ่มผู้เกษียณอายุและผู้สูงอายุทั่วไป
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างการเข้าถึงข้อมูล และบริการข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือและเหมาะสม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้เกษียณอายุ และผู้สูงอายุทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายมนัส คำตา ประธานชมรมครูบำนาญอำเภอเมืองตาก ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และครูบำนาญของชมรมครูบำนาญ อำเภอเมืองตากทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง



เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563; 2564: 169-76.
3. พยาม การดี, พรหมพิมล สุขวงษ์, ดาว เวียงคำ. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2559; 24: 40-51.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
5. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11: 26-36.
6. อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล, สาวิตรี ทยานศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561; 7: 76-95.
7. กาญจนา เฟื่องฟู. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2565; 16: 96-110.
8. Schaffer, M. A. Social support. In Peterson, Bredow T. S. (Ed.). Middle range theories, Application to nursing research. 1 st ed. Philadelphia: Lippincott: Williams& Wilkin; 2004.
9. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary healtheducation and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000; 15: 259-67.
10. Kline, R. B. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: The Guilford Press; 2016.
11. Best, John W. Research in Education. 3 rd ed. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice; 1981.
12. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice 2nd ed. New York: Appleton Century Crofts; 1987.



14. Toci E, Burazeri G, Jerliu N, Sorensen K, Ramadani N, Hysa B et al. Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promotion International* 2015; 30: 667-74.
15. จงกลนี ชันอาสา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกองทัพบก* 2563; 21: 109-20.
16. ศิริพร จริยาจิรวัฒนา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2565; 45: 25-38.
17. Stonska Z, Borowiec AA, Aranowska AE. Health literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropological Review* 2015; 78: 297-307.
18. จิรนนท์ ช่วยศรีนวล, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2563; 6: 22-34.
19. กนกวรรณ อังกสิทธิ์, อภิชาติ ไตรแสง, เฉลิมชัย ปัญญาดี, สมคิด แก้วทิพย์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร* 2563; 11: 267-79.



การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF LONG TERM CARE MODEL FOR ELDERLY PEOPLE IN NAKHU SUBDISTRICT, NAKHU DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: January 25, 2024

Revised: March 13, 2024

Accepted: March 15, 2024

สร้อยศรี วรสาร^{1*}

Soisri Warasan^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการพัฒนาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 85 คน ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าสถิติพรรณนา และ Paired Sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย การพัฒนาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิก 2) พัฒนาการสนับสนุนการตัดสินใจ 3) พัฒนาระบบบริการ 4) พัฒนาการสนับสนุนการดูแลตนเอง 5) พัฒนาการใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน จากผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มสังคมเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.88 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 75.29 มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 88.24 ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 85.88 ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มร้อยละ 49.42 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 32.94 และมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มร้อยละ 17.64 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹ โรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Nakhu hospital Nakhu district Kalasin province

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



ABSTRACT

This research was action research. To studied development of long term care model for elderly people in Nakhu Subdistrict, Nakhu district, Kalasin province. Materials and Methods: Sample size were 85 elderly people by purposive sampling to the specified qualification. Tools of research were questionnaire and group discussion. Quantitative data were analyzed by descriptive Statistics and Paired Sample t- test. qualitative data analyzed by content analysis.

The results of the research Development of long term care model for elderly people in Nakhu Subdistrict, Nakhu district, Kalasin province. About Clinical information system, Decision support, Delivery system design, self-management support, Community resource and Policy; showed that after developed had Elderly people are socially more by 25.88 percent. Elderly people had normal nutritional 75.29 percent. Elderly people had normal sadness at 88.24 percent. Elderly people are not at risk of dementia: 85.88% are suspected of having dementia, 49.42% of elderly people are at risk of falling. 32.94% and 17.64% had a high risk of falls. And the elderly have an average overall quality of life that has increased in all 4 areas, namely physical and mental aspects. social relations and environmental.

Keywords: elderly, long term care, elderly long term care



บทนำ

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน มีผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager: CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) และมีภาคีเครือข่ายอื่นๆ ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) และวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะราย (Care Plan) รวมถึงการกำหนดหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁽¹⁾ โดยมีเป้าหมายสำคัญของการดูแลระยะยาว คือ การยืดอายุการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้นาน และการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นอิสระได้⁽²⁾

จากข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของ ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรรวมทั้งหมด 3,122 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 775 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05 จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 690 คน คิดเป็นร้อยละ 89.0 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่ม 1 (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 51.76 กลุ่ม 2 (กลุ่มติดบ้านมีภาวะสับสนทางสมอง) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 และกลุ่ม 3 (กลุ่มติดเตียง) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88 รองลงมา คือ โรคสมองเสื่อม 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 8.23 และอื่นๆ ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน⁽³⁾

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีกิจกรรมส่งเสริม และดูแลสุขภาพ โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ต้องอาศัยผู้อื่นในการช่วยทำกิจกรรม หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและได้รับการวางแผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุระยะท้าย มีการเยี่ยมบ้านรายบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชนไม่ต่อเนื่อง⁽⁴⁾ องค์กรท้องถิ่นสนับสนุน และภาคีเครือข่ายมีการสนับสนุนไม่เพียงพอ ไม่เชื่อมโยงการข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการติดตามเยี่ยมเป็นการปฏิบัติงานให้เสร็จตามนโยบายตามตัวชี้วัด หรือระยะเวลาที่กำหนดไว้มากกว่าการค้นหาปัญหาหรือความต้องการได้รับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการกำหนดแนวทาง หรือ



กิจกรรมที่ตรงกับความต้องการหรือตามบริบทของชุมชนยังมีน้อย ส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไม่ตรงกับปัญหา⁽⁵⁾ ไม่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการบูรณาการการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ในการพัฒนาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพตามองค์ประกอบการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) 2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) 4) การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community resource and Policy)⁽⁶⁾ เพื่อให้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และ 4) การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection)⁽⁷⁾ นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบ่งออกเป็นระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชนและความต้องการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาแนวทางการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนาแนวบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีระยะเวลาดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม-กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดที่เกี่ยวข้องในการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านละ 2 คน



จำนวน 12 คน, หมอสาธารณสุข คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ จำนวน 6 คน, หมอครอบครัว คือ แพทย์ประจำเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน (node) จำนวน 1 คน, ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน อปท.จำนวน 2 คน และญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 30 คน กลุ่ม 2 ญาติ/ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 85 คน กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่มตามประเด็นหลักในการศึกษา แบบบันทึกสังเกตการปฏิบัติงานใช้ในการสังเกตการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน และสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมประชุมของการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (MNA) 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (TGDS) 4) การประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) 5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall risk assessment tool: Morse) 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (WHOQOL-BREF-THAI)⁽⁸⁾ จำนวน 85 คน แบ่งเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 3 การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 5 การประเมินภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 6 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 7 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามคู่มือการคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel Activity of Daily Living: ADL) ในการประเมินกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment: MNA) 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) 4) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ (Thai Mental State Examination:



TMSE) 5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุ (Fall risk assessment tool: Morse) และ 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต (WHOQOL-BREF-THAI)⁽⁹⁾

การดำเนินการวิจัย

กระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ (Kemmis, 1988) ซึ่งมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และ 4) การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection)⁽¹⁰⁾ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตตอบแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 3) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้กับกลุ่มตัวอย่างหรือญาติผู้ดูแล และจัดเก็บด้วยตนเองก่อนการสนทนากลุ่ม 4) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มผู้วิจัยดำเนินการโดยประสานงานล่วงหน้า และก่อนการเก็บข้อมูลได้ขออนุญาตก่อนทุกครั้งถ้ามีการบันทึกเสียง และภาพในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การประเมินความซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การประเมินภาวะสมองเสื่อม การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired sample T-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 186/2566 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2566



ผลการวิจัย

กระบวนการดำเนินงานพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ (Kemmis, 1988) ซึ่งมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning)

องค์การบริหารส่วนตำบลนาคู ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลนาคู 6 หมู่บ้าน ประชากรรวมทั้งหมด 3,122 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 775 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05 ผู้สูงอายุ จำนวน 775 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05 ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 690 คน คิดเป็นร้อยละ 89.0 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 51.76 กลุ่ม 2 (กลุ่มติดบ้านมีภาวะสับสนทางสมอง) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 และกลุ่ม 3 (กลุ่มติดเตียง) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 25.80 รองลงมา คือ โรคสมองเสื่อม 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.80 และอื่นๆ ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังขาดระบบการดูแลระยะยาว ขาดองค์กรท้องถิ่นสนับสนุน และภาคีเครือข่ายการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ขาดบริการด้านสุขภาพและสังคมที่เชื่อมโยงการดำเนินงานซึ่งกิจกรรมการดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการติดตามเยี่ยมเป็นการปฏิบัติงานให้เสร็จตามนโยบายตามตัวชี้วัด หรือระยะเวลาที่กำหนดไว้มากกว่าการค้นหาปัญหาหรือความต้องการได้รับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือชุมชน ขาดความต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแนวทาง หรือกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการหรือตามบริบทของชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไม่ตรงกับปัญหา ไม่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่ดำเนินการต่อเนื่องขึ้นวางแผนโดยการนำแผนสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ดังนี้

2.1 พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) โดยพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบในชุมชน วางแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) และติดตามประเมินการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (CM) ที่รับผิดชอบรายหมู่บ้าน

2.2 พัฒนาการสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างกิจกรรม



ทางกาย 2) การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 3) การแนะนำการสื่อสาร 4) การดูแลโภชนาการ 5) การจัดการสิ่งแวดล้อม 6) การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว 7) การกำหนดเป้าหมายการดูแล 8) กิจกรรมสร้างสุข 9) การดูแลการเจ็บป่วย 10) ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม 11) การบริหารจัดการทรัพยากรการดูแลระยะยาว 12) สร้างเครือข่ายระบบการดูแลสุขภาพร่วมกันในชุมชน

2.3 พัฒนาระบบบริการ (delivery system design) โดยการเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในลักษณะของ (Team base approach) ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Planned care visit) เพื่อจัดการดูแลรายกรณีระดับกลุ่ม หรือลักษณะอาการของการเจ็บป่วย (Case management หรือ Care Plan) ติดตามประเมินผลต่อเนื่องทุกเดือน

2.4 พัฒนาการสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการใช้แผนการเยี่ยมบ้านรายบุคคล (Care Plan) ให้คำแนะนำการดูแลกับผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสภาพ และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม

2.5 พัฒนาการใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community resource and Policy) โดยส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน เช่น อสม., อสค., อบท., ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ หน่วยบริการปฐมภูมิ และองค์กรร่วมโรงพยาบาลนาคู การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ การจัดตั้งกองทุนกายอุปกรณ์ และวัสดุจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3. ขึ้นสังเกตการพัฒนา (Observation) ผลลัพธ์หลังการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้

3.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 51.77 กลุ่ม 2 จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 และกลุ่ม 3 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41 หลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่ม 1 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 30.58 มีจำนวนลดลง กลุ่ม 2 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 14.42 มีจำนวนลดลง ส่วนกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ มีจำนวน 25 คน ร้อยละ 29.41 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และไปเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 22 คน ร้อยละ 25.88 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผู้สูงอายุ ตามระดับADL	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มติดสังคม	-	-	22	25.88
กลุ่ม 1 กลุ่มติดบ้าน	44	51.77	26	30.59
กลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้านมีภาวะสับสน	16	18.82	12	14.12
กลุ่ม 3 กลุ่มติดเตียง	25	29.41	25	29.41

3.2 การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน(MNA) ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 61.18 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 32.94 และมีภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 และหลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 75.29 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 21.18 และมีภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.53 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ภาวะโภชนาการ (MNA)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการปกติ	52	61.18	64	75.29
เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	28	32.94	18	21.18
ภาวะทุพโภชนาการ	5	5.88	3	3.53

3.3 การประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน(TGDS) ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุปกติจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 78.82 มีความเศร้าเล็กน้อยจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 14.12 และมีความเศร้าปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 และหลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุปกติจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 มีความเศร้าเล็กน้อยจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 9.41 และมีความเศร้าปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.35 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ภาวะซึมเศร้า (TGDS)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปกติ	67	78.82	75	88.24
ระดับเศร้าเล็กน้อย	12	14.12	8	9.41
ระดับความเศร้าปานกลาง	6	7.06	2	2.35

3.4 การประเมินภาวะสมองเสื่อม(TMSE) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 81.17 สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมให้คำแนะนำ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 11.77 และมีภาวะสมองเสื่อมส่งต่อไปรักษา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 และหลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 85.88 สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมให้คำแนะนำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 และมีภาวะสมองเสื่อมส่งต่อไปรักษา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลประเมินภาวะสมองเสื่อม(TGDS) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ภาวะสมองเสื่อม (TGDS)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม	69	81.17	73	85.88
สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม	10	11.77	6	7.06
มีภาวะสมองเสื่อม	6	7.06	6	7.06

3.5 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม(Morse) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 31.77 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 37.65 และมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 30.58 และหลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 49.42 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 32.94 และมีมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม(Morse) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	27	31.77	42	49.42
มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	32	37.65	28	32.94
มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม	26	30.58	15	17.64

3.6 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านร่างกาย	1.68	0.40	2.65	0.49	2.42	0.001***
2. ด้านจิตใจ	1.76	0.48	2.57	0.40	2.37	0.001***
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	1.23	0.68	2.31	0.65	2.28	0.001***
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	1.45	0.73	2.28	0.77	2.26	0.032*
รวม	1.37	0.84	2.24	0.62	2.18	0.001***

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) **มีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.01$)

*** มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

4. การสะท้อนกลับผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection) ผู้วิจัยได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคืนข้อมูล ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบโดยผู้วิจัยได้ให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนในการพัฒนาเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมปรึกษาหารือในประเด็นปัญหาอุปสรรค ประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป กิจกรรมการพัฒนาที่ผ่านมา พบว่า กิจกรรมที่ดำเนินการเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่สามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้นมีภาวะพึ่งพิงลดลง ผู้สูงอายุและญาติเกิดความพึงพอใจในชีวิต สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน



สรุปผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน นำไปสู่การผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้

1. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) จากการคัดกรองผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเรื้อรัง การขับถ่าย หลงลืม แผลกดทับ ปวดเข่า และเสี่ยงต่อการหกล้ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแล ส่งเสริมช่วยเหลือสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล และการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ในส่วนของผู้ดูแลหลักควรได้รับการส่งเสริมความรู้ การพัฒนาทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งควรได้รับการช่วยเหลือด้านทรัพยากรจากบุคคลหรือภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ

2. ภาศบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ด้วย Chronic Care Model คือ ระบบขององค์กรสุขภาพ (Health System Organization) ซึ่งได้แก่ นโยบาย แผนงาน โครงการ ภาวะผู้นำขององค์กรกำหนดแนวทางการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) รวมทั้งมีการบริหารและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และการออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ร่วมกับทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่ในลักษณะของการเชื่อมโยงประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะของการจัดบริการและการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Plan care visit)

3. ภาศบริการด้านสังคม ได้แก่ วัด โรงเรียน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรเอกชน การจัดบริการ การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร เช่น วัด เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นศูนย์รวมจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีส่วนสำคัญในเรื่องของการบริการด้านจิตวิญญาณของ การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายอีกด้วย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทสำคัญในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนด้านการ จัดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ การจัดหางบประมาณดูแลผู้สูงอายุยากไร้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินแผนงาน โครงการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีวิสัยทัศน์และภาวะความเป็นผู้นำขององค์กร องค์กรเอกชนใน ชุมชนมีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นหรือการสนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน



4. ภาวการณ์ชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำในชุมชน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.), แพทย์ประจำตำบล, ประธานชมรมผู้สูงอายุ), อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.), ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver), ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา ซึ่งเป็นภาวการณ์เครือข่ายที่มีความสำคัญ เนื่องจากอยู่ในชุมชน และเป็นผู้นำในชุมชนที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) บทบาทหน้าที่ของการประสานงาน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การคัดกรองภาวะสุขภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพ การติดตามเยี่ยมปฏิบัติงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง และการมีสัมพันธภาพระหว่างกันกับผู้สูงอายุในชุมชน

5. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี (Management Information System and Technology) ประกอบด้วยการนำระบบฐานข้อมูล HosXP, COC, HDC (Health data center) และการนำเทคโนโลยี เช่น Computer Smartphone Line Application หรืออื่นๆ เพื่อให้ภาวการณ์หลัก 3 ภาวการณ์ สามารถเข้าถึงการนำข้อมูลของผู้สูงอายุ รวมถึงการติดตามและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงและผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว นอกจากนี้ การใช้ Application line group ยังช่วยในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ ส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และมีคุณภาพ

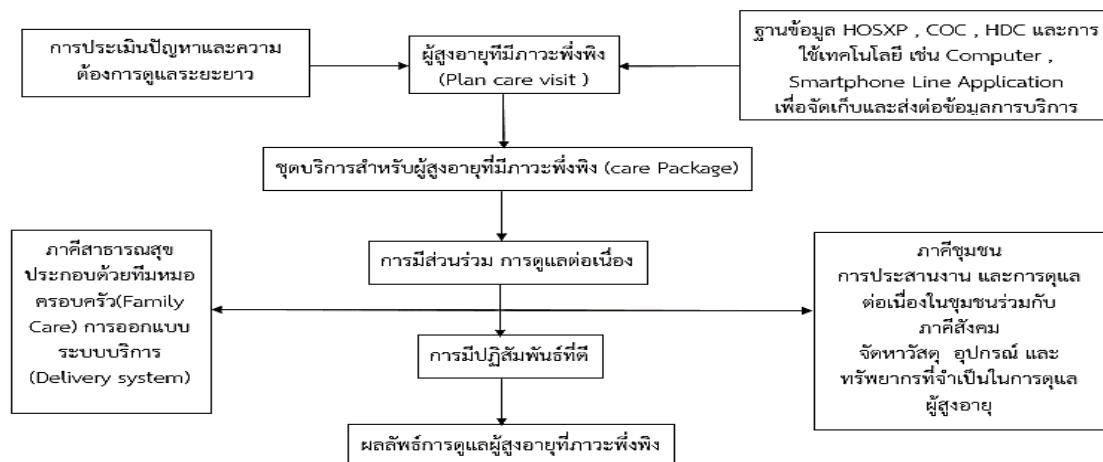
6. ปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (Productive Interaction) และการสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) เป็นการสร้างการมีปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (Two Way) ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลักกับภาวการณ์หลัก 3 ภาวการณ์ เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจต่อการดูแลผู้สูงอายุ

7. การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community resource and Policy) เป็นการกำหนด และการมีข้อตกลงร่วมกันของภาวการณ์หลัก 3 ภาวการณ์ในการใช้ และการจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน (บุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ) เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงาน เชื่อมโยงประสานกัน ลดการทำงานซ้ำซ้อน เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร เพื่อให้มีประสิทธิภาพ เท่าเทียมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รายละเอียดดังภาพที่ 1



การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพที่ 1 การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว การปรับทัศนคติของผู้ป่วยในชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารที่ถูกต้องตรงกัน การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในครอบครัวที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุแห่งปัญหา ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและรับผลประโยชน์ อย่างเป็นธรรมในกิจกรรมนั้นๆ มีส่วนร่วมในการประเมินผลที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่บทเรียนการเรียนรู้ร่วมกัน และปรับปรุงพัฒนา การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการริเริ่มการดำเนินงาน วางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมตัดสินใจในการจัดการ และการติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีบทบาท สำคัญในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ การคัดกรองและการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินปัญหาและการวิเคราะห์ความต้องการ การวางแผนการดูแล การปฏิบัติงานตามแผนและการประเมินผล โดยในแต่ละกระบวนการมีสะท้อน ปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน^(11,12) ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของครอบครัว/ชุมชน ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้น จนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุด การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในการจัดทำแผนการระดมสมอง วางแผน และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การติดตามประเมินผลระหว่างทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงปัญหารายบุคคล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันในชุมชน มีแนวทางแก้ไขปัญหাসภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนร่วมกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
2. กิรติ กิจธิระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธิระวุฒิวงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการบริการสุขภาพ 2561; 36(4): 15-24.
3. โรงพยาบาลนาคู. รายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ประจำปี2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ksn.hdc.moph.go.th>
4. ไพจิตร ลือสกุลทอง. การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
5. สว่าง จ่างโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา 2564; 7(2): 165-183.
6. อารี ชิวเกษมสุข, นารีรัตน์ จิตรมณตรี, สมจินดา ชมพูนุท, ประครอง อินทรสมบัติ และคณะ. การพยาบาลผู้สูงอายุและการฝึกปฏิบัติการพยาบาล. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566.
7. Kemmis, & McTaggart, R. The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1988.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: บริษัท ฌันดา ตรีเอช จำกัด; 2564.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2545.
10. Kemmis, & McTaggart, R. The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1988.
11. ศักดิ์จันทร์ นรสาร และวิไลวรรณ วัฒนานนท์. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข 2560; 2(1): 52-65.
12. สุปราณี บุญมี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(4): 38-49.



โรงพยาบาลบุษราคัม ต้นแบบการพัฒนารับมือ COVID-19 และโรคระบาดในอนาคต สู่การขยายผลในพื้นที่

BUSARAKHUM HOSPITAL DEVELOPMENT MODEL SERVICE SYSTEM IN COVID-19 AND PANDEMIC IN THE FUTURE, TO EXPAND RESULTS IN THE AREA

Received: February 19, 2024

Revised: March 09, 2024

Accepted: March 17, 2024

ณปภัช นฤกนธ์^{1*}Napapat Narukont^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ต้นแบบพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลบุษราคัม กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ 1) ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบบริการจำนวน 10 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ที่ปฏิบัติภารกิจในโรงพยาบาลจำนวน 30 คน เก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญการกำหนดนโยบาย ทิศทางดำเนินงาน การจัดระบบบริการทางการแพทย์พัฒนาเทคโนโลยีในการบริหารจัดการ มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และผู้ปฏิบัติภารกิจในโรงพยาบาลบุษราคัมให้ความคิดเห็นโรงพยาบาลบุษราคัมมีความพร้อมการจัดระบบบริการต่อ COVID-19 ผลภาพรวมระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.73) ปัจจัยความสำเร็จ คือ ความร่วมมือทุกภาคส่วนในการบริหารจัดการที่เป็นระบบ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคบุคลากรไม่เพียงพอ มีข้อจำกัดในการใช้จ่ายงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ มีการเตรียมการแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นอีก การบริหารจัดการระบบบริการ หน่วยงานกลางมีการบูรณาการกำหนดแนวทาง มาตรฐาน ข้อระเบียบกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องรองรับกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: โรงพยาบาลบุษราคัม, ต้นแบบการพัฒนา, โควิด-19

¹ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

*Corresponding author E-mail: napapat111@hotmail.com



Abstract

The objective was to develop the model service system for COVID-19 in Busarakhum Hospital by using purposive sampling. They were divided into two groups: Group 1 was composed of 10 directors related to the service system using in-depth interviews; Group 2 comprised 30 officers responsible for the service system using questionnaires. The reliability of the tools was 0.79. The researchers analyze the data using descriptive statistics, percentage, average ($\bar{X}$), and standard deviation (S.D.).

The study found that directors give priority to policy formulation, policy implementation, and supporting health services systems, including technology application development for service systems for evaluation. The officers responsible for the service system agree that Busarakhum hospital is available for COVID-19 management at a high level ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.73). Key success factors for the service system are good cooperation and shared job responsibilities.

Recommendations from the research suggest the need for proactive emergency preparedness planning for potential outbreaks of new infectious diseases. Swift management and coordination of service systems are essential. Centralized units should collaborate to establish guidelines, standards, regulations, and legal frameworks to effectively respond to future situations that may arise.

Keywords: Busarakhum Hospital, Development Model Service System, COVID-19



บทนำ

สถานการณ์การระบาดโควิด-19 (COVID-19) เริ่มปลายปี พ.ศ. 2562 (2019) ได้เกิดการระบาดของโรคจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV-2) ในประเทศจีน⁽¹⁾ เชื้อนี้มีความสามารถในการติดต่อ (Infectivity) สูง สามารถกระจายจากคนสู่คนได้ทางละอองฝอย (droplet) หรือเสมหะ มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วขยายไปสู่ประเทศไทยและประเทศอื่นๆ มากกว่า 200 ประเทศเกือบทั่วโลกตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2563⁽²⁻³⁾ จนถึงปลายเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 พบว่า การแพร่ระบาดของเชื้อที่กลายพันธุ์โดยเฉพาะสายพันธุ์เดลตา⁽⁴⁾ เป็นสายพันธุ์หลักที่ระบาดในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนผู้ติดเชื้อมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรองรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนเกิดขีดจำกัดไม่สามารถหาเตียงได้⁽⁵⁾ สถานการณ์เกิดภาวะวิกฤตทำให้ภาครัฐตัดสินใจเร่งรับมือแก้ไข จนกระทั่งเกิดเป็น “โรงพยาบาลบุษราคัม” โรงพยาบาลสนามขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศไทย เพื่อรองรับ และรักษาผู้ป่วย COVID-19 เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการในวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2564⁽⁶⁾ รับดูแลผู้ป่วยที่มีอาการในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ให้การดูแลผู้ป่วยอาการหนักได้อย่างเต็มที่

โรงพยาบาลบุษราคัมตั้งอยู่ภายในพื้นที่อาคารชาเลนเจอร์ อิมแพค เมืองทองธานี พื้นที่มากกว่า 100,000 ตารางเมตร มีระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานที่พร้อมรองรับผู้ป่วย มีรูปแบบการบริหารจัดการโดยสร้างระบบโรงพยาบาลดิจิทัล (Digital Hospital) เพื่อให้แพทย์และพยาบาล สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 และมีการใช้เทคโนโลยีในการบริหารจัดการระบบบริการเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งได้รับการสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์จากหลายหน่วยงานมาช่วยปฏิบัติงาน การดำเนินงานมีการแบ่งโซนสีกันใช้ กำหนดคนไข้ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะเป็นโซนสีแดง ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้มาก มีอาการไม่มากจะเป็นโซนสีเขียว ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 การระบาดของสายพันธุ์เดลต้าทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นวันละ 300-400 ราย จึงได้เปิดหอผู้ป่วยวิกฤตโกเมน จำนวน 17 เตียง และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทับทิม 32 เตียง ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจนไฮฟลว์ (High Flow) ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดการเสียชีวิต ต่อมาได้มีการปรับรูปแบบและมาตรการการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยเข้ารับรักษาตัวที่บ้าน (Home Isolation) การกักตัวที่ชุมชน (Community Isolation) ศูนย์พักคอย โรงพยาบาลสนาม หรือหอผู้ป่วย การดำเนินการห้องผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ รองรับการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 (Cohort Ward) ของโรงพยาบาลต่างๆมากขึ้น และได้มีการกำหนดมาตรการล็อกดาวน์ (Lock Down) มาตรการทำงานที่บ้าน (Work From Home) มาตรการองค์กร และมาตรการส่วนบุคคล ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเข้มข้น ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลง⁽⁷⁾ ทำให้เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ช่วงต้นเดือนมีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลบุษราคัมประมาณ 5-6 รายต่อวัน และกระทรวงสาธารณสุข

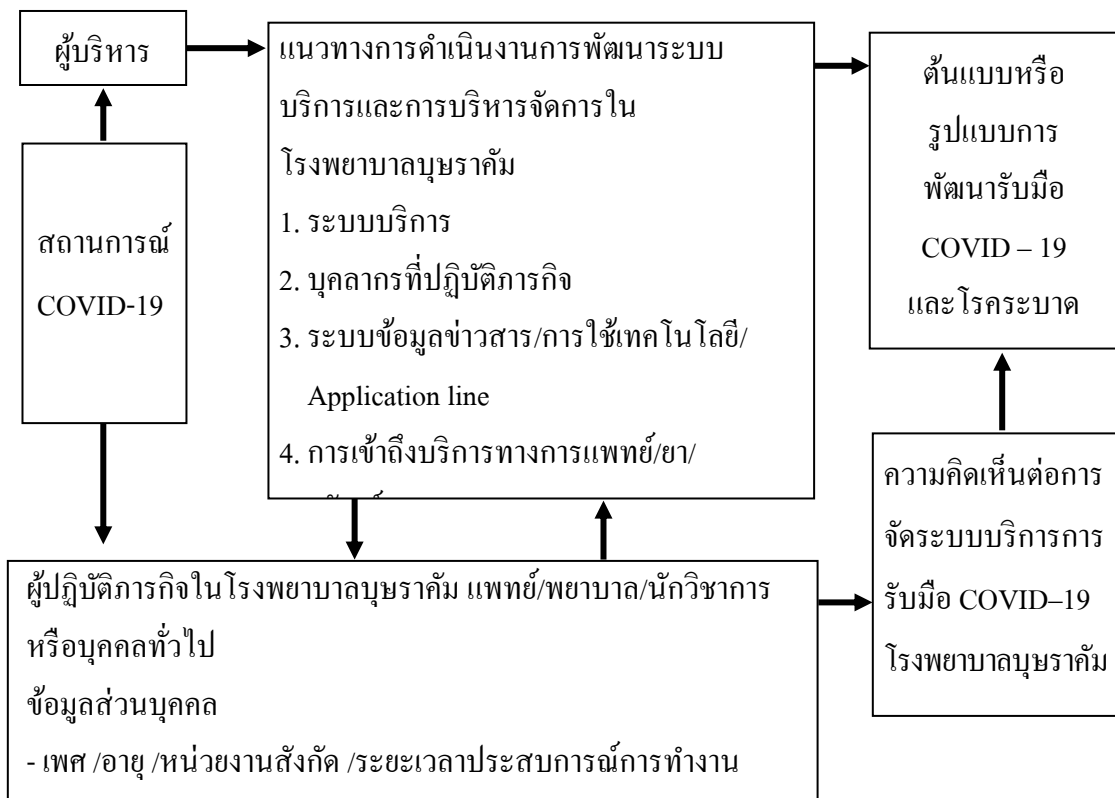


ประกาศปิดการดำเนินการโรงพยาบาลนุสรคาม ส่งผู้ป่วยรายสุดท้ายกลับบ้านเมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2564 ถือเป็น 130 วัน ปฏิบัติงานโรงพยาบาลนุสรคามจบภารกิจดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวน 20,436 ราย โดยเป็นผู้ป่วยใน 3 ชาเลนเจอร์ฮอลล์ 20,289 ราย หอผู้ป่วยวิกฤต โทเมน 92 ราย และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตหัตถิม 55 ราย⁽⁸⁾ กรณีโรงพยาบาลนุสรคามเป็นบทเรียนเพื่อช่วยกันสร้างไว้ซึ่งระบบสาธารณสุขในช่วงของวิกฤต บรรลุต่อภารกิจและเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาโรงพยาบาลนุสรคาม ต้นแบบการพัฒนารับมือ COVID-19 และโรคระบาดในอนาคตสู่การขยายผลในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการ รูปแบบการพัฒนาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลนุสรคาม
2. เพื่อสังเคราะห์บทเรียนต้นแบบการพัฒนาระบบบริการในภาวะวิกฤต การบริหารจัดการ แนวทางการดำเนินงานต่อผู้ป่วยในภาวะสถานการณ์การแพร่ระบาด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลนุสรคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดรูปแบบการวิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methodology) ชนิดดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพไปพร้อมกับเชิงปริมาณ (Simultaneous qualitative/quantitative design) มีการศึกษาตัวแปร ดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาการทำงานในปัจจุบัน 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความคิดเห็นความพร้อมการจัดระบบบริการต่อ COVID-19 โรงพยาบาลนุสรักษ์ ระยะเวลาในการศึกษาเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1) ผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ผู้บริหารที่ปฏิบัติงานหน้าที่ ณ โรงพยาบาลนุสรักษ์ในช่วงเวลานั้น ผู้บริหารสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้บริหารหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการโรงพยาบาลนุสรักษ์ จำนวน 10 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 2) ผู้ที่อาสาสมัครปฏิบัติภารกิจในโรงพยาบาลนุสรักษ์ ประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 10 คน พยาบาล จำนวน 10 คน นักวิชาการ/บุคลากรที่เข้าไปปฏิบัติภารกิจ จำนวน 10 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดระบบให้กับประชาชน โดยมีวิธีศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลทุติยภูมิรวบรวมโดยการประมวลงานวิจัยที่ดีพิมพ์เผยแพร่เอกสารทั้งของราชการและองค์กรเอกชน สิ่งพิมพ์ ตำรา ข้อมูลจาก Web site ที่เกี่ยวข้องกับทั้งหมด 2) ข้อมูลปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ตามแนวข้อคำถามที่มีเค้าโครง และกลุ่มผู้ที่อาสาสมัครปฏิบัติภารกิจในโรงพยาบาลนุสรักษ์ ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีรายละเอียดเครื่องมือ ดังนี้ ตอนที่ 1 มีลักษณะเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ หน่วยงานที่สังกัด ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ตอนที่ 2 มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert Scale) มีจำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็นความพร้อมการจัดระบบบริการ 5 ระบบบริการ คือ 1) การจัดระบบบริการ Service Delivery ทั้งการแพทย์และพยาบาล 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การนำเทคโนโลยี (Health Information and Technology) มาใช้ และการพัฒนา Application Line 4) การเข้าถึงยา/วัคซีน/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/เทคโนโลยี เครื่องมือแพทย์ 5) การเงินการคลัง (Financing) และได้ นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.7 และมีค่าความเชื่อมั่น



เท่ากับ 0.79 ตอนที่ 3 ความคิดเห็น ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลบุษราคัม และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีดังนี้ 1) แนวข้อคำถามที่มีเค้าโครง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความชัดเจนและการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูล ก่อนนำไปใช้ 2) แบบสอบถามความคิดเห็น ความพร้อมการจัดระบบบริการรองรับผู้ป่วยโควิด-19 การดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลบุษราคัม นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนตรวจสอบ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.7 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลของผู้บริหาร ได้แก่ ข้อมูลผู้บริหารที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการโรงพยาบาลบุษราคัม ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการโรงพยาบาลบุษราคัม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารทำการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2) ข้อมูลของผู้ที่มาปฏิบัติภารกิจในโรงพยาบาลบุษราคัม คือ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการ/บุคลากรที่เข้าไปปฏิบัติภารกิจ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล แปลผลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์สถิติ แล้วนำเสนอในรูปตาราง ได้แก่ข้อมูลในส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรผู้ที่อาสาปฏิบัติภารกิจในโรงพยาบาลบุษราคัม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลในส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็น ความพร้อมการจัดระบบบริการรองรับผู้ป่วยโควิด-19 การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลบุษราคัม ตามระดับความพร้อมรายชื่อและรายด้านโดยค่าเฉลี่ย (Average, $\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, S.D.)

การกำหนดค่าคะแนนของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้กำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- ระดับ 5 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความพร้อมระบบบริการอยู่ในระดับมากที่สุด
- ระดับ 4 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความพร้อมระบบบริการอยู่ในระดับมาก
- ระดับ 3 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความพร้อมระบบบริการอยู่ในระดับปานกลาง
- ระดับ 2 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความพร้อมระบบบริการอยู่ในระดับน้อย
- ระดับ 1 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความพร้อมระบบบริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยสากล (Good research practice) ข้อตกลงการรักษาความลับของข้อมูล และเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อน โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เลขที่ PE 6703,EC 13/2567 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการการเตรียมความพร้อม การบริหารจัดการ รองรับผู้ป่วย COVID-19 และโรคระบาด ต่อการดำเนินการโรงพยาบาลนุสรักษ์ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 5 ราย เพศหญิง จำนวน 5 ราย อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา อายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 การสังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สังกัดหน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และสังกัดหน่วยงานส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ราย ประสบการณ์การทำงานพบว่าทั้งหมด จำนวน 10 คน ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี เมื่อวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาความต้องการรูปแบบการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลนุสรักษ์ข้อมูลพบว่าจากข้อจำกัดด้านตัวโรคที่มีการแพร่ระบาดได้ง่าย ระบบการพักรักษาตัวบริเวณปลอดโรค ไม่ติดต่อไปยังผู้ให้บริการและระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวจึงสร้างระบบการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด ความชัดเจนในการกำหนดนโยบายการให้บริการกรณีที่เกิดภาวะผู้ป่วยล้นจากโรงพยาบาล การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานทั้งด้านคน เงิน ของ ในการดำเนินการถือเป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนัก ด้านนโยบายการเตรียมความพร้อมตามกรอบมาตรฐานในการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลนุสรักษ์เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 ที่มีจำนวนมาก ได้มีวิธีดำเนินการทั้งด้านนโยบายและการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมอย่างรวดเร็วและทันทั่วทั้ง การเตรียมความพร้อมคำนึงถึงมาตรฐานความปลอดภัยทุกด้าน การเลือกสถานที่ การปรับปรุงอาคาร การเตรียมพื้นที่รองรับป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเตรียมเตียง การเตรียมบุคลากรรองรับการให้บริการรักษาพยาบาล การเตรียมยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ตลอดจนมีการจัดระบบบริการที่มีความจำเป็น เช่น ระบบการคัดแยกผู้ป่วย ระบบการดูแลผู้ป่วยใน ระบบการดูแลคนไข้ที่มีภาวะฉุกเฉิน คนที่มีภาวะวิกฤต ระบบการส่งต่อ ระบบการส่งส่งส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

ต้นแบบหรือรูปแบบการพัฒนาระบบบริการในภาวะวิกฤต กรณีตัวอย่างของโรงพยาบาลนุสรักษ์จากข้อมูล พบว่า การเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยทุกด้าน เช่น อัตรากำลัง งบประมาณ



วัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอและเทคโนโลยี พร้อมทั้งระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกให้ทั่วถึงและครอบคลุมทั้งผู้มารับบริการและญาติ รวมไปถึงประชาชนทั่วไปได้เข้าใจถึงระบบบริการ นโยบายผู้บริหารมีความชัดเจน รวมทั้งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาและปฏิบัติงานเช่นมีคู่มือผู้ป่วย คู่มือปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในแต่ละงาน แนวทางปฏิบัติงานสำหรับรับส่งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล มีการพัฒนาเทคโนโลยี ทาง application line มาใช้ด้านจัดกำลังคน การสื่อสาร การใช้ telemedicine มาตรวจผู้ป่วย ตลอดจนการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการ เช่น กล้องวิดีโอสำหรับผู้ป่วยในทุกโซน วิทยุสื่อสาร มือถือ เพื่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ความสำเร็จที่เกิดขึ้นข้อมูลพบว่าปัจจัยที่สนับสนุน ความสำเร็จจากนโยบายผู้บริหารมีการกำหนดทิศทางทั้งการจัดทำแผนร่วมกัน ความชัดเจนในการกำหนดนโยบายการให้บริการกรณีที่เกิดภาวะผู้ป่วยล้นจากโรงพยาบาล มีคณะกรรมการรองรับการขับเคลื่อนไปพร้อมกัน การติดตามประเมินผลแก้ไขปัญหาเป็นระยะ การถอดบทเรียนและการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบเพื่อการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนการนำทิศทางและความร่วมแรงร่วมใจเป็นน้ำหนึ่งเดียวกันในการดำเนินงานตามแผนและมาตรฐานที่ปลอดภัยการให้บริการประชาชน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดำเนินงานคือปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ

ในส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มผู้ที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบุษราคัม ได้แก่แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการ บุคลากรทั่วไป จำนวน 30 คน พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 และเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมา อายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 อายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 การสังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ สังกัดหน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และสังกัดหน่วยงานส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 ประสบการณ์การทำงานพบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมาประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ประสบการณ์การทำงานน้อยสุด 1-5 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อความพร้อมการจัดระบบบริการต่อ COVID-19 โรงพยาบาลบุษราคัม แบ่งออกเป็นความพร้อมการจัดระบบบริการ 5 ระบบบริการคือ 1) การจัดระบบบริการ Service Delivery ทั้งการแพทย์และพยาบาล 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การนำเทคโนโลยี (Health Information and Technology) มาใช้ และการพัฒนา Application Line 4) การเข้าถึงยา/วัคซีน/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/เทคโนโลยี เครื่องมือแพทย์ 5) การเงินการคลัง (Financing) จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความพร้อมการจัดระบบบริการ Service Delivery ทั้งการแพทย์และพยาบาล จำแนกตามรายด้านและภาพรวม พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.39$, S.D. = 0.83) และ



หากพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานที่กำหนด ระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.78) รองลงมา คือ การประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาระหว่างอยู่โรงพยาบาลบุษราคัม และเมื่อสิ้นสุดการรักษา ระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.88) ความพร้อมด้านบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.49$, S.D. = 0.73) หากพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความพอเพียงของบุคลากรแพทย์ต่อการดูแลผู้ป่วย COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.79) และความพอเพียงของบุคลากรพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วย COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.49$, S.D. = 0.66) ความพร้อมด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การนำเทคโนโลยี (Health Information and Technology) และการพัฒนา Application Line โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.93) หากพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.98) และใช้เพื่อตรวจสอบข้อมูลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.87) ความพร้อมด้านการเข้าถึงยา/วัคซีน/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/เทคโนโลยี เครื่องมือแพทย์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.73) หากพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าความเพียงพอและการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพและความปลอดภัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.87) รองลงมามีการบริหารจัดการ การสำรองยา เวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.70) ส่วนความพร้อมด้านการเงินการคลัง (Financing) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.74) หากพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีการจัดระบบค่าใช้จ่าย งบประมาณ และการบริหารงบประมาณให้เพียงพอต่อความต้องการและการบริการที่ดี อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.83) การเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.66) และ การจัดสวัสดิการการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.72) ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยสนับสนุน เกิดการบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วน ในการจัดบริการ การบริหารจัดการที่เป็นระบบ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน การปรับแผน ประชุมทบทวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มอบหมายบุคคลและภารกิจให้แก่หน่วยงานชัดเจน บุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพให้ความร่วมมือ เข้าร่วมปฏิบัติงานจิตอาสาร่วมกันดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง เสียสละ การบริหารและการบริการด้วยหัวใจในการบริการประชาชน มีเป้าหมายคือการรักษาและดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือการทำงานของบุคลากรเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด คือด้านการสื่อสาร ในการทำงานขาดการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยเนื่องด้วยเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นมาเฉพาะกิจเพื่อรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ระบบการสื่อสารไม่เพียงพอ ห้องผู้ป่วยเป็นระบบปิดทำให้แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยยาก และไม่ต่อเนื่อง



ตารางที่ 1 ความคิดเห็นต่อความพร้อมการจัดระบบบริการต่อ COVID-19 โรงพยาบาลบุษราคัม (n = 30)

ความพร้อม การจัดระบบบริการผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาลบุษราคัม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.การจัดระบบบริการ Service Delivery ทางการแพทย์และพยาบาล			
1.1 ควรมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานที่กำหนด	4.47	0.78	มาก
1.2 การประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเข้ามารับการรักษา ระหว่างอยู่โรงพยาบาลบุษราคัมและเมื่อสิ้นสุดการรักษา	4.30	0.88	มาก
2. ด้านบุคลากร			
2.1 ความพอเพียงของบุคลากร			
- แพทย์ต่อการดูแลผู้ป่วย COVID-19	3.48	0.79	ปานกลาง
- พยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วย COVID-19	3.49	0.66	ปานกลาง
3. ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การนำเทคโนโลยี และการพัฒนา Application Line			
3.1 ใช้เพื่อการพัฒนาบริการ	4.00	0.98	มาก
3.2 ใช้เพื่อตรวจสอบข้อมูล	4.00	0.87	มาก
4. การเข้าถึงยา/วัคซีน/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/เทคโนโลยี เครื่องมือแพทย์			
4.1 ความเพียงพอและการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพและความปลอดภัย	4.17	0.87	มาก
4.2 มีการบริหารจัดการ การสำรองยา เวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อผู้ป่วย	4.07	0.70	มาก
5. การเงินการคลัง (Financing)			
5.1 มีการจัดระบบค่าใช้จ่าย งบประมาณ และการบริหารงบประมาณให้เพียงพอต่อความต้องการและการบริการที่ดี	3.93	0.83	มาก
5.2 การเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน	4.10	0.66	มาก
5.3 การจัดสวัสดิการการดูแลผู้ปฏิบัติงาน	3.97	0.72	มาก
รวม	4.02	0.73	มาก



สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการการเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการ รองรับผู้ป่วย COVID-19 และโรคระบาด ต่อการดำเนินการโรงพยาบาลนุสรคาม ในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 5 ราย เพศหญิง จำนวน 5 ราย อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 การสังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สังกัดหน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และสังกัดหน่วยงานส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ราย ประสบการณ์การทำงาน พบว่า ทั้งหมด จำนวน 10 คน ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มาปฏิบัติภารกิจในโรงพยาบาลนุสรคาม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการ บุคลากรทั่วไป จำนวน 30 คนพบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 และเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 การสังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ สังกัดหน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และสังกัดหน่วยงานส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 ประสบการณ์การทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0

3. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการ รูปแบบการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลนุสรคาม การสร้างระบบการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด ความชัดเจนของผู้บริหารในการกำหนดนโยบายการให้บริการ ทั้งการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงานทั้งด้านคน เงิน ของ อีกทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีทาง application line มาใช้ให้เกิดความคล่องตัวและรวดเร็ว กำหนดนโยบายการเตรียมความพร้อมตามกรอบมาตรฐานในการพัฒนาการระบบบริการเพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 ที่มีจำนวนมากสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรติ นันท์สุภวัฒน์ และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษากระบวนการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์โควิด-19 : กรณีโรงพยาบาลนุสรคาม พบว่ารูปแบบการบริหารจัดการปัจจัยสถานที่ตั้ง การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ การสรรหากำลังคน การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารจัดการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี อิ่มน้ำขาว และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาบทเรียนการจัดระบบบริการตติภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการประสบความสำเร็จได้จาก ผู้บริหารเป็นแกนนำหลักที่สำคัญ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต้องร่วมคิดร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการตัดสินใจของผู้บริหาร

4. สิ่งที่ค้นพบความเป็นต้นแบบหรือรูปแบบการพัฒนาระบบบริการในภาวะวิกฤตกรณีตัวอย่างของโรงพยาบาลนุสรคามพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยสร้างระบบโรงพยาบาลดิจิทัล (Digital Hospital) เพื่อให้แพทย์และพยาบาล สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ไม่เสี่ยงต่อ



การติดเชื้อ COVID-19 การใช้เทคโนโลยีในการบริหารจัดการระบบบริการเพื่อให้เกิดความรวดเร็วตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องแยกบริเวณ สอดคล้องการศึกษาของ Qian He, et al.⁽¹¹⁾ ศึกษาการปฏิบัติทางเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในช่วงการระบาดที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนพบว่าการใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพมีการบริหารจัดการ มาใช้ในระบบบริการทำให้การทำงานได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในด้านปัจจัยความสำเร็จ ตลอดจนปัจจัยสนับสนุนเกิดการบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วน ในการจัดบริการ การบริหารจัดการที่เป็นระบบ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนมอบหมายบุคคล ภารกิจให้แก่หน่วยงานชัดเจน บุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพให้ความร่วมมือเข้าร่วมปฏิบัติงาน ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดคือด้านการสื่อสารการทำงาน จากที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นมาเฉพาะกิจเพื่อรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลทำให้ระบบการสื่อสารมีไม่เพียงพอ และห้องผู้ป่วยเป็นแบบระบบปิดทำให้แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยยากและไม่ต่อเนื่อง⁽⁵⁾ ในส่วนของผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ที่มาปฏิบัติภารกิจในโรงพยาบาลบุษราคัมต่อความพร้อมการจัดระบบบริการต่อ COVID-19 โรงพยาบาลบุษราคัม แบ่งออกเป็นความพร้อมการจัดระบบบริการ 5 ระบบบริการคือ 1) การจัดระบบบริการ Service Delivery ทั้งการแพทย์และพยาบาล 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การนำเทคโนโลยี (Health Information and Technology) มาใช้ และการพัฒนา Application Line 4) การเข้าถึงยา/วัคซีน/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ 5) การเงินการคลัง (Financing) จากการศึกษาพบว่าความพร้อมการจัดระบบบริการ Service Delivery ทั้งการแพทย์และพยาบาลจำแนกตามรายด้านและภาพรวม พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.39$, S.D. = 0.83) มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานที่กำหนด ระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.78) สอดคล้องการศึกษาของ Rouhollah Zaboli, et al.⁽¹²⁾ ศึกษาการทบทวนระบบบริการ ดัชนีชี้วัดของการประเมินโรงพยาบาลโดยใช้ system approach พบดัชนีปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การมีเป้าหมายและนโยบายที่ชัดเจนตามมาตรฐานความปลอดภัย การทำงานเป็นทีมที่มีการประสานร่วมกัน จำนวนบุคลากรต่อเตียงคนไข้ มีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา ระหว่างอยู่โรงพยาบาลบุษราคัม และเมื่อสิ้นสุดการรักษา

ข้อเสนอแนะจากวิจัย

ควรมีการเตรียมการวางแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน โรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นอีก การบริหารจัดการระบบบริการได้รวดเร็ว หน่วยงานส่วนกลางมีการบูรณาการร่วมกันกำหนดแนวทางมาตรฐาน ข้อระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับการสนับสนุนจากกองบริหารการสาธารณสุข และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ร่วมดำเนินการบูรณาการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนาม นุชราคมได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ให้บรรลุต่อวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Wuhan City Health Committee (WCHC). Wuhan Municipal Health and Health Commission's briefing on current pneumonia epidemic situation in our city 2019 [internet]. [cited 2023 Dec 9]. Available from: https://wjw.wuhan.go.cn/front/web/show_Detail/2019_123108989.
2. Office of the Council on State. Extension of Duration of the Declaration of an Emergency Situation in all areas of the Kingdom of Thailand (13th Extension). Office of the Prime Minister [internet]. [cited 2022 Nov 21]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/168/T_0031.PDF (in Thai).
3. Office of the Council on State. Regulation Issued under Section a of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 (2005). Office of the Prime Minister [internet]. [cited 2021 Nov 25]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/140/T_0001.PDF. (in Thai).
4. UC Davis Health. Delta Variant : 8 Things You Should Know. Coronavirus; UC Davis Health : Sacramento, CA, USA [internet]. [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://health.ucdavis.edu/coronavirus/COVID-19-Information/delta-variant.html>
5. อติญาณ ศรีเกษตริน, ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, ธัญพร ชื่นกลิ่น, อัจฉราวดี ศรีชะคักดิ์, นภัส แก้ววิเชียร, สุชาดา นิ่มวัฒนกุล และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายระบบบริการของหน่วยบริการตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.Kb.hsri.or.th>.
6. อภิรติ นันทสุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, กุลวดี อภิชาติบุตร, ฐิติณัฐ อัคระเดชอนันต์, คัลทิยา ศิริภัทรากุล แสนหลวง, เกศราภรณ์ อุดกันทา. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การศึกษาระบบบริหาร จัดการโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์โควิด-19 : กรณีศึกษาโรงพยาบาล นุชราคม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.Kb.hsri.or.th>.



7. Ivan Sanz – Munoz, Sonia Tamames – Gomez , Javier Castrogeza – Sanz, Jose Maria Eiras – Bouza and Raul Ortiz de Lejarazu – Leonardo. Social Distancing, Lockdown and the wide Use of Mask; A Magic Solution or a Double – Edged Sword for Respiratory Viruses Epidemiology? Vaccines [internet]. [cited 2023 Dec 25]. Available from: <https://doi.org/10.3390/vaccines9060595>
8. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เรื่องเล่าโรงพยาบาลนุราชิม กระทรวงสาธารณสุข หลายเรื่องราวหลายชีวิตในวิกฤตโควิด-19. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินการและจัดสรรงบวิจัยของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.tdri.or.th/2022/9/the_n.
10. ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ภรรยา จันทศิลป์, ชัญญาวิรุฬห์ ไชยวงศ์, ทรงสุตา หมั่นไธสง, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, ณัฐวุฒิ สุริยะ และคณะ. บทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤตโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 17; 3: 473-489.
11. Qian He, Hui Xiao, Han-ming Li, Bei-bei Zhang, Cheng-wei Li, Fang-jian Yuan, Ping Kong. Practice in information technology support for Fangcang Shelter hospital during COVID-19 epidemic in Wuhan, China. Journal of medical system 45;42:1-8.
12. Rouhollah Zaboli, Shahram Toufighi, Mohammed Raiees Zadeh, Rouhollah Ghaed Amini, and Fatemeh Azizian. Key Performance indicators in field hospital appraisal: a Systematic review. Trauma mon 23; 1: 1-8.
13. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
14. World Health Organisation. Strengthening the Health System Response to COVID-19: Maintaining the delivery of essential health care service while mobilizing the health workforce for the COVID-19 Response. Technical working guidance #1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.



การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลถึงทารกแรกเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2565

A STUDY OF FACTORS AFFECTING NEONATES BORN TO MOTHERS INFECTED WITH CORONAVIRUS DISEASE 2019 IN CHIANG MAI PROVINCE, 2022

Received: March 26, 2024

Revised: March 28, 2024

Accepted: March 29, 2024

จตุชัย มณีรัตน์^{1*}Jatuchai Maneerat^{1*}

บทคัดย่อ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ต่อมารดาและทารกแรกเกิด รวมถึงผลของวัคซีนต่อการติดเชื้อ โดยเป็นการศึกษาย้อนหลัง จากข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกในปี พ.ศ. 2565 ในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ และข้อมูลการได้รับวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคียวมมีการคลอดในสถานพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวนทั้งหมด 9,073 คน มีประวัติติดเชื้อโควิด 19 ระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 8.93 โดยผลกระทบต่อทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกเคียว และติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ทั้งหมด 771 ราย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ส่วนผู้ติดเชื้อที่ได้รับวัคซีนมีร้อยละการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด (Birth Asphyxia) น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน (RR 0.64, 95% CI = 0.35-1.15) อย่างไรก็ตามแม้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ควรมีการติดตามข้อมูลต่อเนื่องเพื่อกำหนดนโยบายการในการให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการเจ็บป่วยรุนแรง และป้องกันผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้

คำสำคัญ: โควิด 19, หญิงตั้งครรภ์, การตั้งครรภ์, วัคซีน

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Chiang Mai Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: m.jatuchai@gmail.com



Abstract

The COVID-19 infection during pregnancy affects both pregnant women and fetuses. This study aimed to study the pregnancy outcomes among pregnant women who got infection during pregnancy, including the effects of the vaccination. This was a retrospective cohort study of all pregnant women who gave birth in 2022 from data in the Health Data Center of Chiang Mai Provincial Health Office and vaccination data from the Ministry of Public Health. Of the 9,073 pregnant women who delivered singletons in hospitals in Chiang Mai Province between January 1 and December 31, 2022, 8.93% had a history of COVID-19 infection during pregnancy. The study found no statistically significant differences between all 771 infected pregnancy and who didn't infect, in terms of preterm birth, low birth weight, and birth asphyxia. However, the proportion of birth asphyxia in neonates was lower among infected pregnancy who received the vaccine than in those who did not (RR 0.64, 95% CI = 0.35-1.15). Although this study found no statistically significant associations, continuous data monitoring is necessary to determine vaccination policies in pregnant women to reduce severe illness and prevent adverse effects on fetuses, which may have long-term effects on children in the future.

Keywords: COVID-19, Pregnancy, Vaccine, Pregnancy outcome



บทนำ

การอุบัติใหม่ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ทำให้เกิดการแพร่ระบาด และกระจายไปทั่วทุกภูมิภาคของโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562⁽¹⁾ เช่นเดียวกันกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบการระบาดเป็นระลอก เริ่มช่วงต้นในปี พ.ศ. 2562 ก่อนจะมีการระบาดไปในวงกว้างในหลายพื้นที่ในเวลาต่อมา โดยในจังหวัดเชียงใหม่ได้พบผู้ป่วยเพียง 48 ราย ในปี พ.ศ. 2563 และเริ่มพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในช่วงต้นปี พ.ศ. 2564 และมีการระบาดในวงกว้างในเดือนตุลาคมในปีเดียวกันนั้น การระบาดดังกล่าวเริ่มต้นจากตลาดค้าขายผลผลิตทางการเกษตรขนาดใหญ่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่⁽²⁾ โดยส่วนใหญ่พบเป็นสายพันธุ์เดลต้า และมีอัตราป่วยตายอยู่ที่ร้อยละ 0.7⁽³⁾ ก่อนพบระบาดด้วยสายพันธุ์โอมิครอนในเวลาต่อมา ทำให้มีผู้ติดเชื้อสูงสุดกว่าหนึ่งแสนรายต่อเดือน ในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน ปี พ.ศ. 2565 ในขณะที่ความรุนแรงของผู้ป่วยลดลง

ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 ในหลายประเทศ พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์สูงขึ้น ทั้งภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ทำให้ทารกแรกคลอดต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติเป็นเวลานานขึ้น อีกทั้งยังมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการเกิดภาวะรุนแรงจากโรคได้⁽⁴⁾ หลังจากที่โควิด 19 เริ่มแพร่กระจายเป็นวงกว้าง เนื่องจากการแพร่กระจายจากทางเดินหายใจ และมีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อสูง⁽⁵⁾ การรับวัคซีนโควิด 19 ในช่วงตั้งครรภ์ถือเป็นทางเลือกที่ปลอดภัย และได้รับการแนะนำจากองค์การอนามัยโลกเพื่อป้องกันความรุนแรงดังกล่าว⁽⁶⁾ และไม่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์⁽⁷⁾ ในจังหวัดเชียงใหม่ได้เริ่มมีการให้วัคซีนตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 โดยเริ่มให้ในกลุ่มผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ก่อนที่จะขยายไปให้ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และหญิงตั้งครรภ์ในเวลาต่อมา ทั้งนี้ในช่วงแรกของการได้รับวัคซีนยังมีข้อจำกัดในด้านปริมาณ และความเพียงพอ จนกระทั่งในช่วงปลายปี พ.ศ. 2564 หลังจากที่พบการระบาดในวงกว้างในจังหวัดเชียงใหม่ ก็ได้รับจัดสรรวัคซีน และเพิ่มความครอบคลุมได้มากขึ้นในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา ในจังหวัดเชียงใหม่ เริ่มให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2564 โดยในช่วงแรกเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม มีการฉีดวัคซีนให้หญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยประมาณ 520 เข็มต่อเดือน ก่อนจะเริ่มสูงขึ้นในเดือนสิงหาคมเป็นต้นมา เฉลี่ยเดือนละ 2,411 เข็ม

งานวิจัยนี้ จึงต้องการศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างการตั้งครรภ์ในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในนโยบายการให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ และลดภาวะเจ็บป่วยรุนแรง และป้องกันผลกระทบที่จะเกิดกับทารกในครรภ์ อันอาจส่งผลกระทบต่อเด็กในอนาคตได้



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ที่ให้น้ำหนักทารกในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ให้น้ำหนักทารกเดียวในจังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ให้น้ำหนักทารกเดียวที่ได้รับวัคซีน กับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน ในจังหวัดเชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) โดยมีประชากรที่ศึกษา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในสถานพยาบาลที่มีการส่งข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC, 43 แห่ง) ของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่เดียวมีการคลอดในสถานพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565

นิยามที่ใช้ในการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีบันทึกคำวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 U07.1 และ U07.2 ในระหว่างการตั้งครรภ์

ผลกระทบการตั้งครรภ์ที่ศึกษา ได้แก่ 1) การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 2) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low Birth Weight) คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม และ 3) ภาวะขาดออกซิเจนหลังคลอด (Birth Asphyxia) คือ ทารกแรกคลอดที่มีการประเมินด้วย APGAR Score มีค่าน้อยกว่า 7 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกการคัดลอกข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center, HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบไปด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้ เพศ อายุ ประวัติการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 U07.1 และ U07.2 อายุครรภ์ที่ตรวจ พบว่า ติดเชื้อโควิด 19 อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักของทารกแรกคลอด และการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด (birth asphyxia) และข้อมูลการได้รับวัคซีนจากระบบ MoPH-IC โดยมีการเชื่อมฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชนที่ถูกเข้ารหัส (encrypted)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ข้อมูลที่ใช้การคัดลอกจากระบบคลังข้อมูล HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จะถูกตรวจสอบความถูกต้องตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ มาตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม R เวอร์ชัน 4.2.2 ผ่าน R-studio (freeware) ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของประชากร ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างการตั้งครรภ์ใช้สถิติ Chi-square test โดยพิจารณาจากค่าสัมพัทธ์ความเสี่ยง (RR) ที่ 95%CI และใช้การวิเคราะห์ตัวแปรครั้งละ 1 ตัวแปร (Univariable Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการทำวิจัยโดยใช้ข้อมูลที่มีการเก็บมาแล้ว (secondary data analysis) โดยมีการเข้ารหัสข้อมูลที่ใช้ระบุตัวตนผู้ป่วยทุกราย และไม่ได้มีการนำข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 52/2566 วันที่ 18 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

จากข้อมูล HDC ของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในปี 2565 ทั้งสิ้น 9,073 คน มีประวัติติดเชื้อโควิด 19 ระหว่างตั้งครรภ์ทั้งสิ้น 810 คน (ร้อยละ 6.92) ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 128 คน (ร้อยละ 15.80) และไม่มีผู้เสียชีวิต จากผู้ป่วยทั้งหมดมีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในไตรมาสแรกจำนวน 172 ราย ไตรมาสที่สอง จำนวน 316 ราย และไตรมาสที่สาม จำนวน 322 ราย โดยมีหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกเดี่ยว (Singleton Born) จำนวน 771 ราย ให้กำเนิดทารกหลายคน 26 ราย ทารกตายคลอด 13 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลกระทบการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอด ในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2565

ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์	ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อโควิด 19 ในระหว่างตั้งครรภ์		ผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 ในระหว่างตั้งครรภ์		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนทารกที่คลอด					
1 คน	771	95.19	9662	88.72	-
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	13	1.60	1047	9.61	< 0.01
ตายคลอด	26	3.21	181	1.66	< 0.01
ประวัติการได้รับวัคซีน					
ได้รับอย่างน้อย 1 เข็ม	532	65.68	6964	63.95	0.32
ไม่ได้รับ	278	34.32	3926	36.05	-

หญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกเดี่ยว พบการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 1.30) น้อยกว่าการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ (RR = 0.53, 95% CI = 0.28-1.00) หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อให้กำเนิดทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight) จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 6.36) และให้กำเนิดทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 5.45) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ (RR = 0.90, 95% CI = 0.68-1.19 และ RR = 1.07, 95% CI = 0.79-1.45 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของผลกระทบของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกเดี่ยว ในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2565 จำแนกตามประวัติการติดเชื้อโควิด 19

ผลกระทบของการตั้งครรภ์	ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อโควิด 19 ใน ระหว่างตั้งครรภ์ (n = 771)		ผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 ในระหว่างตั้งครรภ์ (n = 9,662)		RR (95% CI)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุครรภ์ที่คลอด					
คลอดก่อนกำหนด	10	1.30	236	2.44	0.53 (0.28-1.00)
คลอดครบกำหนด	761	98.70	9426	97.56	-
น้ำหนักทารกแรกคลอด					
น้อยกว่า 2,500 กรัม	49	6.36	681	7.05	0.90 (0.68-1.19)
ตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป	722	93.64	8981	92.95	-
ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด					
มี	42	5.45	493	5.10	1.07 (0.79-1.45)
ไม่มี	729	95.55	9169	94.90	-



อุบัติการณ์การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติได้รับวัคซีนไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 7.10 และ 6.61 ตามลำดับ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ต้องเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ร้อยละ 15.80 โดยที่ไม่มีผู้เสียชีวิต การวิเคราะห์ผลกระทบของการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 พบว่า กลุ่มที่ได้รับวัคซีนให้กำเนิดทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน 0.59 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของผลกระทบของการตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกเดี่ยว และติดเชื้อโควิด 19 ในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2565 จำแนกตามประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19

ผลกระทบของการตั้งครรภ์	ผู้ติดเชื้อที่มีประวัติได้รับวัคซีน		ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีน		RR (95% CI)
	(n = 505)		(n = 266)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุครรภ์ที่คลอด					
คลอดก่อนกำหนด	9	1.78	1	0.38	4.74 (0.60-37.21)
คลอดครบกำหนด	496	98.22	265	99.62	-
น้ำหนักทารกแรกคลอด					
น้อยกว่า 2,500 กรัม	35	6.93	14	5.26	1.32 (0.72-2.40)
ตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป	470	93.07	252	94.74	-
ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด					
มี	23	4.55	19	7.14	0.64 (0.35-1.15)
ไม่มี	482	95.45	247	92.86	-

สรุปผลการวิจัย

ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลกระทบการตั้งครรภ์ ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกเดี่ยวที่ติดเชื้อ และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ ในทั้งสามปัจจัยที่ศึกษา อันได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกมีภาวะขาดออกซิเจน และเมื่อเปรียบเทียบผลกระทบดังกล่าวกับประวัติการฉีดวัคซีน พบว่า สัดส่วนของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกที่คลอดจากมารดาที่มีประวัติได้รับวัคซีนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาผลกระทบของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้า⁽⁸⁾ แต่พบว่า การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลให้ต้องรับเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในสูงกว่าประชากรทั่วไปที่ติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้



ในจังหวัดขอนแก่นที่พบว่า ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นานกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อประมาณ 5 วัน⁽⁹⁾ สันนิษฐานว่าในช่วงสถานการณ์การระบาดที่ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์น้อยอาจจะทำให้ ต้องรับรักษาเป็นผู้ป่วยในมากกว่าปกติ และให้สังเกตอาการอยู่นานกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่มีอาการเล็กน้อยจะไม่เพิ่มโอกาสของการคลอดก่อนกำหนด แต่จะเพิ่มโอกาสคลอดก่อนกำหนดในรายที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงเท่านั้น⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ เบื้องต้นยังไม่สามารถอธิบายถึงปรากฏการณ์นี้ได้ แต่มีการศึกษาที่เคยพบว่า มาตรการล็อกดาวน์หรือการลดการเคลื่อนย้ายของประชาชนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระยะหนึ่งเดือนแรก ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดลดลงในหลายประเทศ อาทิ เบลเยียม อิหร่าน และสหรัฐอเมริกา⁽¹¹⁾ จึงควรมีการติดตามข้อมูลและศึกษาให้ละเอียดมากขึ้นในประเด็นนี้

จากผลการศึกษาด้านผลกระทบของทารกพบว่าทารกในครรภ์ของหญิงที่ติดเชื้อโควิด 19 ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำหนักตัวน้อย และภาวะขาดออกซิเจนแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่มารดาไม่ติดเชื้อ ในการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรงจะให้กำเนิดทารกก่อนกำหนด และทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยราว 10 เท่า และทำให้ทารกที่เกิดออกมาต้องพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติมากกว่าถึง 30 เท่า และตัวเลขนี้สอดคล้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อรุนแรงจะมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น⁽¹²⁾ จึงคาดว่าในการศึกษานี้ ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการรุนแรงจึงทำให้การคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งทารกที่ให้กำเนิดมามีน้ำหนักตัว และภาวะขาดออกซิเจนไม่ต่างจากหญิงตั้งครรภ์ปกติ มาตรการตอบโต้การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่สามารถลดจำนวนหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 และการติดเชื้อรุนแรงได้ ส่งผลให้ไม่เกิดผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์

ความครอบคลุมของวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดเชียงใหม่ อยู่ที่ร้อยละ 64.10 ซึ่งใกล้เคียงกับความครอบคลุมในกลุ่มประชาชนทั่วไป⁽¹³⁾ ส่วนผลของการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวัคซีนมีโอกาสในการติดเชื้อไม่แตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำในประชากรทั่วไป⁽⁶⁾ และไม่พบผลกระทบของการได้รับวัคซีนต่อทารกแรกเกิดทั้งในเรื่องของน้ำหนักตัวน้อย และการเกิดภาวะขาดออกซิเจน (birth asphyxia) ทั้งในกลุ่มที่ติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อสอดคล้องกับการศึกษาที่เคยศึกษาเรื่องผลกระทบของวัคซีนโควิด 19 ที่พบว่า ปลอดภัยต่อทารกในครรภ์⁽⁷⁾

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วงที่พบการระบาดของเชื้อที่หลากหลายสายพันธุ์ ตั้งแต่ แอลฟา เดลต้า และโอมิครอน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในนโยบายการในการให้วัคซีนในหญิง



ตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะเจ็บป่วยรุนแรง และป้องกันผลกระทบที่จะเกิดกับทารกในครรภ์อันอาจจะส่งผลกระทบต่อระยะยาวต่อเด็กในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

มีหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในจังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ.2565 ได้รับการวินิจฉัยโควิด 19 ระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 6.92 มีผู้ติดเชื้อที่ต้องเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ร้อยละ 15.80 โดยที่ไม่มีผู้เสียชีวิต ผลการศึกษาจะพบกว่าสัดส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด ไม่ได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ แต่กลับพบกว่าสัดส่วนของทารกที่เกิดภาวะขาดออกซิเจน (birth asphyxia) ในมารดาที่ติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ที่ได้รับวัคซีน น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ก็ควรมีการติดตามข้อมูล และศึกษาต่อไปในอีกระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วงที่พบการระบาดของเชื้อที่หลากหลายสายพันธุ์ ตั้งแต่ แอลฟา เดลต้า และ โอไมครอน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในนโยบายการในการให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดภาวะเจ็บป่วยรุนแรง และป้องกันผลกระทบที่จะเกิดกับทารกในครรภ์อันอาจจะส่งผลกระทบต่อระยะยาวต่อเด็กในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Listings of WHO's response to COVID-19. World Health Organization [Internet]. 2022 Jun 29; Available from: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Thai PBS world. Two wet markets in Chiang Mai stay closed for another 11 days after more COVID-19 infections found. Thai PBS [Internet]. 2021 Oct 13; Available from: <https://www.thaipbsworld.com/two-wet-markets-in-chiang-mai-stay-closed-for-another-11-days-after-more-covid-19-infections-found/>
3. Chariyalertsak S, Intawong K, Chalom K, Wonghirundecha T, Kowatcharakul W, Ayood P, et al. Heterologous Third and Fourth Dose Vaccine to Reduce Severity and Mortality in COVID-19 Patients During Delta and Omicron Predominant in Thailand. Int J Infect Dis [Internet]. 2023;130:S135. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971223004629>
4. Banaei M, Ghasemi V, Saei Ghare Naz M, Kiani Z, Rashidi-Fakari F, Banaei S, et al. Obstetrics and Neonatal Outcomes in Pregnant Women with COVID-19: A Systematic Review. Iran J Public Health. 2020 Oct;49(Suppl 1): 38–47.



5. Linka K, Peirlinck M, Kuhl E. The reproduction number of COVID-19 and its correlation with public health interventions. *Comput Mech* [Internet]. 2020;66(4):1035-1050. Available from: <https://doi:10.1007/s00466-020-01880-8>
6. Intawong K, Chariyalertsak S, Chalom K, Wonghirundecha T, Kowatcharakul W, Thongprachum A, et al. Effectiveness of heterologous third and fourth dose COVID-19 vaccine schedules for SARS-CoV-2 infection during delta and omicron predominance in Thailand: a test-negative, case-control study. *Lancet Reg Heal - Southeast Asia* [Internet]. 2023;10:100121. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2022.100121>
7. Lindsay L, Calvert C, Shi T, Carruthers J, Denny C, Donaghy J, et al. Neonatal and maternal outcomes following SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccination: a population-based matched cohort study. *Nat Commun* [Internet]. 2023;14(1). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41467-023-40965-9>
8. Smith V, Seo D, Warty R, Payne O, Salih M, Chin KL, et al. Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection: A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2020 Jun 4; 15(6): e0234187. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234187>
9. Pattanachairuj W, Srisataporn T, Sangkomkamhang U, Tangsiriwatthana T. Pregnancy Outcomes among Singleton Pregnant Women with Coronavirus Disease 2019 Infection: A single-center study in Thailand. *Thai J Obstet Gynaecol*. 2023; 31(6): 409–20.
10. Smith LH, Dollinger CY, Vander Weele TJ, Wyszynski DF, Hernández-Díaz S. Timing and severity of COVID-19 during pregnancy and risk of preterm birth in the International Registry of Coronavirus Exposure in Pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022;22(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05101-3>
11. Calvert C, Brockway M (Merilee), Zoega H, Miller JE, Been J V., Amegah AK, et al. Changes in preterm birth and stillbirth during COVID-19 lockdowns in 26 countries. *Nat Hum Behav*. 2023; 7(4): 529–44.
12. Dileep A, ZainAlAbdin S, AbuRuz S. Investigating the association between severity of COVID-19 infection during pregnancy and neonatal outcomes. *Sci Rep* [Internet]. 2022;12(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07093-8>
13. Remmel, C., Tuli, G., Varrelman, T. J., Han, A. R., Angkab, P., Kosiyaporn, H., Netrpukdee, C., Sorndamrih, S., Thamarangsi, T., Brownstein, J. S., & Astley, C. M. COVID-19 Vaccine Acceptance and Uptake in Bangkok, Thailand: Cross-sectional Online Survey. *JMIR Public Health and Surveillance* [Internet]. 2023;9(1). Available from: <https://doi.org/10.2196/40186>



การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ QUALITY IMPROVEMENT OF NURSING DOCUMENTATION, OPERATION ROOM, PHRAE HOSPITAL

Received: November 08, 2023

Revised: March 11, 2024

Accepted: March 16, 2024

พิชามณู อินแสน^{1*}, สมใจ ศิระกมล², เพชรสุรีย์ ทังเจริญกุล²
Pichamon Insaen^{1*}, Somjai Sirakamon², Petsunee Thungjaroenkul²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส-พิดีซีเอ กลุ่มประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพทีมพัฒนาคุณภาพ 4 คน และพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการบันทึก 28 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดของผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดแผนกผ่าตัดสูติกรรม และแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 แผนกละ 40 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แนวคำถามปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล 2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล 3) แบบบันทึกแบบชี้เฉพาะ และคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบชี้เฉพาะ และ 4) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัดแผนกผ่าตัดสูติกรรมและของห้องผ่าตัดแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 93.25 และร้อยละ 89.00 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ คือ มากกว่าร้อยละ 80.00

จากผลการศึกษา ควรนำแบบบันทึกและคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบชี้เฉพาะ ไปประยุกต์ใช้ในแผนกอื่นๆ ต่อไป และทีมพัฒนาคุณภาพควรมีการประเมินคุณภาพการบันทึกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ, การบันทึกทางการพยาบาล, การบันทึกแบบชี้เฉพาะ

¹ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Master of Nursing Science, Nursing Administration, Faculty of Nursing Chiang Mai University

² รองศาสตราจารย์ สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Associate Professor, Nursing Administration, Faculty of Nursing Chiang Mai University

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



Abstract

This study aims to improve the quality of nursing recording in the operating room at Phrae hospital, using the continuous quality improvement process FOCUS-PDCA. The population included 4 senior professional nurses who were a member of the quality development team and 28 professional nurses who were in the nursing documentation team. The sample group included the nursing records of inpatients undergoing surgery in the orthopedic and obstetrics departments between February 1, and March 31, 2023, each department has 40 copies. The tools used for this study included: 1) an interview guide asking about nursing recording problems 2) questionnaire on the use of nursing records 3) the focus charting nursing record form and the focus charting nursing record manual and 4) a quality checklist for auditing nursing records.

The study results revealed that, after the quality of obstetrics and orthopedic departments' nursing documentation was complete and met the standard criteria at 93.25% and 89.00%, subsequently. The nursing documentation of both departments reached the standard criteria which was specified at higher than 80.00%.

The results of the study should the focus charting nursing record form and the manual should be applied in other departments. The quality development team, as well, should regularly evaluate the quality of nursing records in order to continuously improve the quality of the nursing documentation in the operating room.

Keywords: Quality Improvement, Nursing Documentation, focus charting nursing record



บทนำ

ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพให้ความสำคัญเป็นอย่างมากต่อมาตรฐานการพยาบาล และการควบคุมคุณภาพการพยาบาล เนื่องจากผู้รับบริการมีความคาดหวังค่อนข้างสูงต่อการบริการทางสุขภาพที่จะได้รับ รวมถึงมีเหตุการณ์ร้องเรียนการบริการจากผู้รับบริการมากขึ้น⁽¹⁾ พยาบาล คือ บุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งยังช่วยเชื่อมโยงการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ประสานสอดคล้องกัน⁽²⁾ ซึ่งสิ่งสำคัญที่เป็นหลักฐานแสดงว่า พยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ และมาตรฐานวิชาชีพ คือ บันทึกทางการพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และส่งเสริมให้ใช้ในกระบวนการพยาบาล ทั้งนี้ ระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้น จะต้องชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยรายบุคคลผ่านกระบวนการพัฒนาที่เชื่อถือได้⁽³⁾ ดังนั้น จึงส่งผลให้แทบทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลควรตระหนัก และให้ความสำคัญกับการบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศ พบว่า มีการพัฒนาคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาลในหลากหลายรูปแบบ เช่น ประเทศอิหร่าน มีการใช้การบันทึกทางการพยาบาลในการพยาบาลผ่าตัดต่อจำนวนการรายงานความผิดพลาด พบว่า การใช้แบบบันทึกการพยาบาลในการพยาบาลผ่าตัด มีผลต่อการเพิ่มจำนวนการรายงานความผิดพลาดอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งช่วยลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยได้⁽⁴⁾ ในประเทศไทย ได้มีผู้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าโฟกัส-พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) การสร้างทีมงานที่รู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) การสร้างความกระตือรือร้นในกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน 4) การทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) การเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) การวางแผนการปรับปรุง 7) การดำเนินการปรับปรุง เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล 8) การตรวจสอบผลการปรับปรุง 9)การดำเนินการเพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้น และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีขั้นตอนวิธีการที่ง่าย ไม่ซับซ้อน จึงเป็นที่ยอมรับ และถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการงานบริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย ที่ผ่านมามีการนำ FOCUS-PDCA มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล เช่น การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูหลวง จังหวัดเลย⁽⁶⁾ ภายหลังดำเนินการพัฒนา พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 65.78 เป็นร้อยละ 82.22 และการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย⁽⁷⁾ พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 51.65 เป็นร้อยละ 88.43 จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า



กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในรูปแบบ FOCUS-PDCA ได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหลากหลายหน่วยงาน และโรงพยาบาล แล้วส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ ให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดทุกแผนก ยกเว้นแผนกหัวใจและหลอดเลือด ครอบคลุมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยจำนวนผ่าตัด 40 ราย/วัน การบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยผ่าตัดเป็นกิจกรรม และความรับผิดชอบหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ตามมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด⁽⁸⁾ แบบฟอร์มบันทึกการผ่าตัด และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (FORM OR. 04 ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ปี 2558) ที่ใช้อยู่ปัจจุบัน ประกอบด้วย การบันทึกระยะก่อนผ่าตัดเป็นการบันทึกตรวจสอบความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แบบตรวจสอบความถูกต้องความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด (sign in) ตาม surgical safety checklist โดยมีพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเป็นผู้ตรวจสอบและบันทึก ส่วนการบันทึกขณะผ่าตัด มีทั้งรูปแบบการเขียนเติมคำในช่องว่าง (fill in) และการเขียนบรรยายสรุปปัญหาผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด และการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ที่ผ่านมาห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ใช้หลักการบันทึกตาม DPAE ซึ่งบูรณาการมาจากการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (focus charting) ซึ่ง D คือ data หมายถึง ข้อมูลสภาพของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด P คือ problem หมายถึง ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ A คือ action หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดที่ให้แกผู้ป่วย และ E คือ evaluation ซึ่งหมายถึง ผลลัพธ์หรือการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล⁽⁹⁾

จากการสุ่มประเมินการบันทึกการพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ปี 2565 พบว่าการบันทึกในส่วน DPAE นี้ยังไม่ครอบคลุมตามหลักการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล พยาบาลผู้บันทึกส่วนใหญ่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ซึ่งเมื่อพิจารณาการดำเนินการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ผ่านมา พบว่า ในปี 2563 ได้มีการนำแนวคิดการพัฒนาพิสัยเอ มาพัฒนาคุณภาพการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด แผนกผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งภายหลังการพัฒนาพบว่า สามารถแก้ไขปัญหาความไม่ครอบคลุมของการบันทึกทางการแพทย์ผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไปได้ดีขึ้น คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไปสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 และพยาบาลผู้บันทึกส่วนใหญ่พึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะมากกว่าการบันทึกแบบ DPAE เดิม ในขณะที่แผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ ซึ่งมีจำนวนการผ่าตัด 3,300 ราย/ปี และแผนกผ่าตัดทางสูติกรรม มีจำนวนการผ่าตัด 1,845 ราย/ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัตถการผ่าตัดที่สำคัญ และมีสถิติการผ่าตัดมากเป็นลำดับที่ 2 และลำดับที่ 3 รองจากการผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป แต่พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ 80) กล่าวคือ แผนกผ่าตัดกระดูก



และข้อ มีคะแนนประเมินในส่วนการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดเพียงร้อยละ 65 และแผนกผ่าตัด
สูติกรรม มีคะแนนประเมินในส่วนการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ร้อยละ 70⁽¹⁰⁾

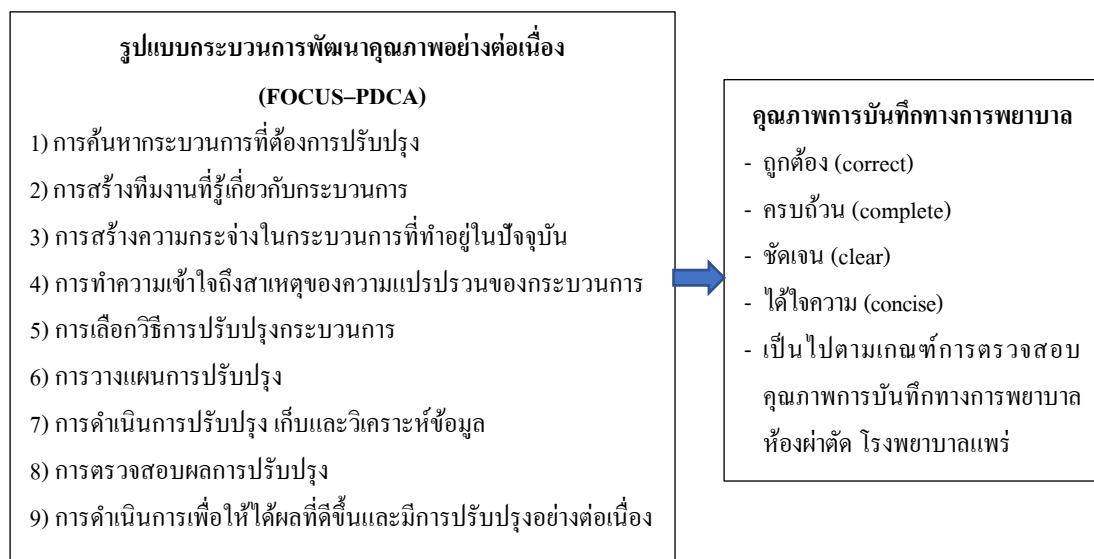
จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
อย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าโฟกัส-พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง มาใช้ในการพัฒนา
คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแผนกผ่าตัด
กระดูกและข้อ และแผนกผ่าตัดสูติกรรม ซึ่งคาดว่า ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการ
ปรับปรุงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด ในแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ และแผนกผ่าตัดสูติกรรม
ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ ให้ได้ผลลัพธ์การบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ โดยใช้รูปแบบ
กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าโฟกัส-พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของ
เดมมิง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้รูปแบบกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าโฟกัส-พีดีซีเอ
(FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิง โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้





ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด แบ่งเป็น ทีมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการอาวุโสที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีประสบการณ์ ในการผ่าตัดมากกว่า 10 ปี จำนวน 3 คน ผู้ศึกษา 1 คน รวมเป็น 4 คน และทีมปฏิบัติการ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ทำการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 28 คน และ 2) รายงานบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดของผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการผ่าตัดแผนกผ่าตัดสูติกรรมตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 ทั้งหมดจำนวน 456 ฉบับ และแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ทั้งหมดจำนวน 228 ฉบับ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รายงานบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดของผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการผ่าตัดแผนกผ่าตัดสูติกรรม และแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 จำนวน อย่างละ 40 ฉบับ กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁾ กำหนดให้ใช้ร้อยละ 5 ของจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วย และผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสม ได้จำนวน 40 ฉบับ หลังจากนั้น ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 40 ฉบับ ทั้งสองแผนก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลวิชาชีพ 2) แนวคำถามสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด และ 4) แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ และแผนกสูติกรรม และคู่มือการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดแบบชี้เฉพาะ แผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ และแผนกสูติกรรม ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษานี้ คือ แบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 10 ข้อ ในแต่ละข้อของการบันทึกพิจารณาตามหลัก 4 C คือ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ คือ คะแนนการบันทึก 0 = ไม่มีการบันทึกข้อมูล คะแนนการบันทึก 1 = มีการบันทึกข้อมูล แต่ข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ ไม่ชัดเจน และไม่ได้อใจความ คะแนนการบันทึก 2 = มีการบันทึกข้อมูล และข้อมูลถูกต้อง สมบูรณ์ ชัดเจน และได้ใจความพิจารณาเฉพาะในรายข้อที่มีคะแนนการบันทึก = 2 นำมาคิดเป็นจำนวน และร้อยละบันทึกที่มีคุณภาพ ซึ่งกำหนดเกณฑ์คุณภาพการบันทึกมากกว่าร้อยละ 80



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ คู่มือการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดแบบชี้เฉพาะ แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 ท่าน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่ 1 ท่าน และหัวหน้างานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1 ทุกฉบับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) ร่วมกับผู้ประเมินอีก 1 คน (interrater reliability) มีการอธิบายขั้นตอน และวิธีการประเมินจนเข้าใจก่อนนำไปทดลองประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล คนละ 10 ฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.98 โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80⁽¹²⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิง ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ โดยการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ย้อนหลัง 2 ปี

2. การสร้างทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ที่ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานประสานงานคุณภาพการพยาบาล ประจำห้องผ่าตัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการผ่าตัด มากกว่า 10 ปี แผนกสูติกรรม 1 คน และแผนกกระดูกและข้อ 1 คน ผู้วิจัย 1 คน รวมทั้งหมด 4 คน

3. การทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยนำเสนอปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดแผนกสูติกรรม และแผนกกระดูกและข้อ ให้ทีมพัฒนาคุณภาพรับทราบ และร่วมกันทบทวนกระบวนการและทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหา

4. การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จัดประชุมทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติการบันทึก นำเสนอปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ร่วมกันวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลต่อไป

5. การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ลงความเห็นร่วม ตัดสินคัดเลือกแนวทางที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากที่สุด



และได้ข้อสรุปแนวทางแก้ไขปัญหา แยกตามระยะของการผ่าตัด ดังนี้ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

6. การวางแผนแก้ไขปัญหาและปรับปรุง ทีมพัฒนาร่วมกันปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาล จัดทำคู่มือ พัฒนาแบบตรวจสอบคุณภาพ และจัดประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติการบันทึก หลังจากนั้นทดลองใช้

7. การปฏิบัติ ให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการบันทึก ปฏิบัติการบันทึกตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และให้พยาบาลวิชาชีพ ณ จุดจำหน่ายผู้ป่วย เก็บรวบรวมแบบบันทึกแบบชี้เฉพาะ ใส่ไว้ในแฟ้มโดยผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บรวบรวมแบบบันทึกทั้งหมดในแต่ละวัน

8. การตรวจสอบผลของการปฏิบัติ โดยประเมินการปฏิบัติการบันทึกขณะพยาบาลผู้บันทึก ปฏิบัติการบันทึกในห้องผ่าตัด ประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล และตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดแบบชี้เฉพาะ

9. การยืนยันการดำเนินการ และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาคุณภาพได้นำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเสนอต่อหัวหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการบันทึก รับทราบ เพื่อขับเคลื่อนให้มีการนำไปพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เอกสารรับรองจริยธรรม เลขที่ 098/2565 เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการ

พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการ มีอายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือ ร้อยละ 92.86 มากกว่าครึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ร้อยละ 57.14 ที่เหลือเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 42.86 มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ 5-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.14 รองลงมา คือ 16-20 ปี ร้อยละ 28.57 เกือบทั้งหมดส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.43 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.43



2. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ ภายหลังการพัฒนาพบว่า บันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดแผนกผ่าตัดสูติกรรม มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์การประเมินโดยรวมร้อยละ 93.25 ดังตารางที่ 1 และบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์การประเมินโดยรวมร้อยละ 89.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของบันทึกทางการพยาบาลแผนกผ่าตัดสูติกรรมที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์การประเมิน (n = 40)

รายการประเมิน	จำนวนบันทึกทางการพยาบาล			ร้อยละบันทึก
	ไม่บันทึก	บันทึก	บันทึก	ทางการพยาบาล ที่ครบถ้วน สมบูรณ์
		ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์	ครบถ้วน สมบูรณ์	
1. บันทึกการตรวจสอบความพร้อมด้านร่างกาย และ จิตใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามแบบ ตรวจสอบความพร้อมก่อนผ่าตัด	0	0	40	100
2. บันทึกการตรวจสอบความถูกต้อง ของการระบุตัว ผู้ป่วยผ่าตัด อย่างถูกต้อง และครบถ้วน ตามแบบ ตรวจสอบ surgical safety checklist	0	0	40	100
3. บันทึกการประเมินปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดอย่างถูกต้อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับ สถานะผู้ป่วย	0	6	34	85.00
4. บันทึกการวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การวางแผน การพยาบาล การพยาบาลก่อนผ่าตัด และการประเมินผล การพยาบาลถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และมีความสอดคล้องกัน	0	6	34	85.00
5. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่ายชัดเจน ลงชื่อผู้บันทึก ตำแหน่งผู้บันทึก และวันที่ เวลาที่บันทึกถูกต้อง ครบถ้วน	0	0	40	100
6. บันทึกการประเมินปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วย ขณะผ่าตัดอย่างถูกต้อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับ สถานะที่เป็นจริงของผู้ป่วยและสถานการณ์การผ่าตัด	0	8	32	80.00
7. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด ครบถ้วน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	0	0	40	100



รายการประเมิน	จำนวนบันทึกทางการแพทย์บาล			ร้อยละบันทึก
	ไม่บันทึก	บันทึก	บันทึก	ทางการแพทย์บาล ที่ครบถ้วน สมบูรณ์
		ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์	ครบถ้วน สมบูรณ์	
8. บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติพยาบาลผ่าตัดที่ ถูกต้องครบถ้วน และสอดคล้องกับวางแผนการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดที่ให้แก่ผู้ป่วย	0	0	40	100
9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่ายชัดเจน ลงชื่อผู้บันทึก ตำแหน่งผู้บันทึก และวันที่ เวลาที่บันทึกครบถ้วน	0	2	38	95.00
10. บันทึกการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญแก่หน่วยงานที่ดูแล ผู้ป่วยลำดับถัดไปอย่างต่อเนื่อง และชัดเจน โดยระบุ ปัญหา การพยาบาลที่ได้รับ และสิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง	0	5	35	87.50
รวม				93.25

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละบันทึกทางการแพทย์บาลแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีความครบถ้วน
สมบูรณ์ตามเกณฑ์การประเมิน (n=40)

รายการประเมิน	จำนวนบันทึกทางการแพทย์บาล			ร้อยละบันทึก
	ไม่บันทึก	บันทึก	บันทึก	ทางการ พยาบาลที่ ครบถ้วน สมบูรณ์
		ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์	ครบถ้วน สมบูรณ์	
1. บันทึกการตรวจสอบความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามแบบตรวจสอบ ความพร้อมก่อนผ่าตัด	0	2	38	95.00
2. บันทึกการตรวจสอบความถูกต้อง ของการระบุตัวผู้ป่วย ผ่าตัด อย่างถูกต้อง และครบถ้วน ตามแบบตรวจสอบ surgical safety checklist	0	0	40	100
3. บันทึกการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อน ผ่าตัดอย่างถูกต้อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย	0	8	32	80.00
4. บันทึกการวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การวางแผนการ พยาบาล การพยาบาลก่อนผ่าตัด และการประเมินผลการ พยาบาลถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมีความสอดคล้องกัน	0	6	34	85.00



รายการประเมิน	จำนวนบันทึกทางการแพทย์			ร้อยละบันทึก ทางการแพทย์ที่ ครบถ้วน สมบูรณ์
	ไม่บันทึก	บันทึก ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์	บันทึก ครบถ้วน สมบูรณ์	
5. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านง่ายชัดเจน ลงชื่อผู้บันทึก ตำแหน่งผู้บันทึก และวันที่ เวลาที่บันทึกถูกต้อง ครบถ้วน	0	2	38	95.00
6. บันทึกการประเมินปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยขณะผ่าตัดอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและสอดคล้อง กับสถานะที่เป็นจริงของผู้ป่วยและสถานการณ์การ ผ่าตัด	0	8	32	80.00
7. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด ครบถ้วน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	0	4	36	90.00
10. บันทึกการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญแก่หน่วยงานที่ดูแล ผู้ป่วยลำดับถัดไปอย่างต่อเนื่อง และชัดเจน โดยระบุ ปัญหา การพยาบาลที่ได้รับ และสิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง	0	8	32	80.00
รวม				89.00

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังการดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส-พีดี้ซีเอ คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของห้องผ่าตัดแผนกผ่าตัดสูติกรรม และของห้องผ่าตัดแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 93.25 และที่ร้อยละ 89.00 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส-พีดี้ซีเอ สามารถนำมาใช้ปรับปรุงคุณภาพบันทึกทางการแพทย์แผนกสูติกรรม และแผนกกระดูกและข้อ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ ได้นำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส-พีดี้ซีเอ ตามแนวคิดของเดมมิงมาใช้ โดยพบว่า ภายหลังการดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส-พีดี้ซีเอ คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ห้องผ่าตัด แผนกผ่าตัดสูติกรรม มีคะแนนคุณภาพการบันทึกโดยรวมที่ร้อยละ 93.25 และแผนกผ่าตัดกระดูกและข้อ มีคะแนนคุณภาพการบันทึกโดยรวมที่ ร้อยละ 89.00 ซึ่งบรรลุผ่านเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ คือ มากกว่าร้อยละ



80.00 ผลการศึกษาที่ได้นี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่มีการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาใช้ เช่น การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง⁽¹³⁾ พบว่า ภายหลังจากพัฒนาตามกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส-พีดีซีเอ คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา คือเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 35.02 เป็นร้อยละ 86.28 เช่นเดียวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ภูหลวง จังหวัดเลย⁽⁵⁾ พบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ FOCUS-PDCA คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 65.78 เป็นร้อยละ 82.22 ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ห้องผ่าตัดแบบชี้เฉพาะ ที่ได้พัฒนาขึ้นแทน รูปแบบการบันทึกแบบบรรยายแบบเดิมมีโครงสร้างการบันทึกที่ชัดเจน และครบถ้วน ตามกระบวนการบันทึกทางการแพทย์ มุ่งเน้นการระบุปัญหา รวมถึงความต้องการหรือสภาพผู้ป่วย เฉพาะจุดที่สำคัญ⁽¹⁴⁾ ทำให้มองเห็นประเด็นสำคัญที่ครอบคลุมในเกือบทุกปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผ่าตัดที่ช่วยลดความซ้ำซ้อน ลดการใช้ระยะเวลาในการบันทึก เพิ่มความชัดเจน สามารถดึงข้อมูล มาใช้ประโยชน์ได้จริง⁽¹⁵⁾

นอกจากนี้ การที่บันทึกทางการแพทย์ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ครั้งนี้มีคุณภาพดีขึ้น เป็นเพราะแบบฟอร์มการบันทึกแบบบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นั้น มีโครงสร้างการบันทึกที่ชัดเจน พยาบาลผู้ปฏิบัติการบันทึกสามารถบันทึกตามแบบบันทึกได้ถูกต้อง ตรงประเด็นตามที่แบบบันทึกกำหนด ตลอดจนคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ห้องผ่าตัด แบบชี้เฉพาะ ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยอธิบายแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ห้องผ่าตัดในทั้งสอง แผนกผ่าตัดให้ถูกต้อง และครอบคลุม ได้เป็นอย่างดี ตลอดจนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจาก ผู้บริหารทางการแพทย์ ให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ แบบชี้เฉพาะ และสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้เข้าร่วมอบรมความรู้การบันทึกทางการแพทย์ แบบชี้เฉพาะ โดยวิทยากรในโรงพยาบาล มีการนำความรู้มาเผยแพร่ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใน หน่วยงานหลังการรับส่งเวร ทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการบันทึก มีความรู้ความเข้าใจในการ บันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะมากขึ้น สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ในประเทศสวีเดน⁽¹⁶⁾ โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้กับพยาบาลในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า คะแนนการบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ การประเมินปัญหา ทางทางการแพทย์ การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การปฏิบัติพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 0.95 คะแนน เป็น 3.02 ซึ่งสรุปได้ว่า วิธีการดังกล่าว ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้เพียงหนึ่งหรือสองครั้งภายในเวลาอันจำกัดอาจยังไม่ เพียงพอที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการบันทึกมีความรู้ความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้ง ผู้ศึกษา และ



ทีมพัฒนาคุณภาพจึงได้ใช้บทบาทการเป็นพี่เลี้ยง ในการสอน ให้คำปรึกษา คอยกระตุ้น และให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติเป็นระยะๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจในการบันทึกที่ถูกต้องในครั้งต่อไป แก่พยาบาลผู้บันทึก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หัวหน้าห้องผ่าตัด และหัวหน้าพยาบาล ควรนำแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และคู่มือบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษากการพัฒนาคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมในทุกแผนก ผ่าตัดของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ และศึกษากการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดแบบชี้เฉพาะ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานบริการผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ และพยาบาลห้องผ่าตัดทุกท่าน ที่อนุเคราะห์ให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปราณี อัสวรักษ์. บันทึกทางการพยาบาล: หลักการบันทึกเพื่อการใช้ประโยชน์ทางกฎหมาย. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย 2555; 5: 24-32.
2. Asmirajanti M, Hamid AYS, Hariyati, RTS. (2019). Nursing care activities based on documentation. BMC Nursing 2019; 18: 1-5.
3. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ, 30-36). กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2562.
4. Maraki F, Irani M, Akbari L, Aarabi A. (2019). The effects of using intraoperative care documentation forms on the number of reported errors. Nursing and Midwifery Studies 2019; 8: 137-142.
5. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care: theory, Implement, and application. London: Jones and Barlett Publishers; 1999.



6. จิดาภา ปิติพัฒน์ และรินทร์ภัสร์ ไสยนต์. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูหลวง จังหวัดเลย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2563; 23: 28-37.
7. อรวรรณ ณ ลำปาง และดอกไม้ม บุนนาค. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลบางกรวย. วารสารการวิจัยการพยาบาลและสาธารณสุข 2564; 1: 31-44.
8. Association of peri Operative Registered Nurses. Perioperative standards and recommended practices. Washington, DC: Association of peri Operative Registered Nurses; 2009.
9. ชูวดี เกตสัมพันธ์. เอกสารประชุมวิชาการ บันทึกทางการพยาบาลมุมมองด้านวิชาชีพและกฎหมาย. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.siamnurse.blogspot.com/p/focus.charting.html>
10. ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่. แบบประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ปี 2564.แพร่: ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่; 2564.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. โรงพิมพ์ยูเนี่ยน; 2557.
12. บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
13. อภิวัน ชาวดง. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
14. วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์และพร บุญมี. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการพยาบาล 2560; 18: 123-136.
15. ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. การพัฒนาสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะต่อความสมบูรณ์คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ความรู้ และความพึงพอใจของพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2564; 6: 1-13.
16. Staub M, Needham I, Odenbreit M, Ann Lavin M, Van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2007; 18: 5-17.



การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นต่อความรู้และพฤติกรรมการจำกัดน้ำของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน

THE DEVELOPMENT AN INTENSIVE EDUCATIONAL PROGRAM TOWARDS THE KNOWLEDGE AND BEHAVIOR OF WATER RESTRICTION IN PATIENTS WITH END STAGE RENAL DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS, LAMPHUN HOSPITAL

Received: November 10, 2023

Revised: February 29, 2024

Accepted: March 12, 2024

เพ็ญจันทร์ นันทะชัย^{1*}, เมธาวิ ดวงแก้ว¹, ทิวักร สุภาภาส¹

Penchan Nantacha^{1*}, Meethawee Duangkaew¹, Thiwakorn Supakas¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น และศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นต่อความรู้และพฤติกรรมการจำกัดน้ำ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบวัดความรู้การจำกัดน้ำ และแบบวัดพฤติกรรมการจำกัดน้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired Sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น สร้างขึ้นโดยใช้กระบวนการสอนสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำ 2) การให้ความรู้โดยการสนทนา การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ และ 3) การติดตามการดื่มน้ำ และอาหารในชีวิตประจำวัน ผลของโปรแกรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความรู้การจำกัดน้ำเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -9.137$, $p\text{-value} = 0.000$) และมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ดีขึ้นอยู่ในระดับดีมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -24.538$, $p\text{-value} = 0.000$)

จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ด้วยตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น, การจำกัดน้ำ, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน

Registered Nurse (Nursing), Lamphun Hospital

*Corresponding author E-mail: Penchan.Nantachai13@gmail.com



Abstract

This research is quasi-experimental. The objective is to develop intensive education programs and study the effects of intensive education programs on knowledge and water restriction behavior. The sample was patients with end stage renal disease who were treated with hemodialysis at hemodialysis unit, Lamphun Hospital during March – April 2023, 28 people. The tools used in the experiment include intensive education programs. The tools used to collect data consist of 1) patient personal records, 2) water restriction knowledge measures, and 3) water restriction behavior measurements. Analyze data with descriptive statistics and paired Sample t-test.

The study found that intensive education programs created using the health teaching process consisted of 3 activities: 1) using Successful models in water control 2) Educating through discussion, demonstration and practice and 3) Tracking daily water and food intake. The results of the program showed that after using the program, the sample of patients had a significant increase in knowledge of water restriction statistically significant at the level of 0.05 ($t = -9.137$, $p\text{-value} = 0.000$). And there is a very good level of improved water restriction behavior statistically significant at the level of 0.05 ($t = -24.538$, $p\text{-value} = 0.000$).

Therefore, this developed program encourages patients to learn and experience first-hand in controlling excess water. As a result, patients have a good quality of life.

Keywords: Intensive education programs, Water restriction, End stage renal disease



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย และมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ จากฐานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชากรชาวไทยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 200,000 คน ที่ต้องรับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปีละ 7,800 ราย ถือเป็นโรคที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงส่งผลให้ภาครัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังปีละกว่า 20,000 ล้านบาท⁽²⁾

การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง ช่วยลดการคั่งของของเสีย น้ำส่วนเกินในร่างกาย และสารเกลือแร่ต่างๆ ได้ในระยะเวลาค่อนข้างรวดเร็ว โดยทั่วไปผู้ป่วยจะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือครั้งละ 3-5 ชั่วโมง⁽³⁾ เป็นเวลานานตลอดชีวิตหรือจนกว่าจะได้รับการปลูกถ่ายไต ปัญหาที่พบบ่อยปัญหาหนึ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ การมีน้ำเกินในร่างกายซึ่งพบมากถึงร้อยละ 40-60⁽⁴⁾ การมีน้ำเกินในร่างกายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน มากกว่าร้อยละ 15 ของน้ำนอกเซลล์ (Extracellular water) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำน้อยกว่าร้อยละ 15 ของน้ำนอกเซลล์ 2 เท่า⁽⁵⁾ ดังนั้น การควบคุมน้ำในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงเป็นสิ่งสำคัญ การป้องกันและการควบคุมไม่ให้มีน้ำเกินในร่างกาย จะต้องควบคุมอาหารโดยรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ และควบคุมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างช่วงที่ไม่ได้ฟอกเลือด ไม่เกิน 0.5-1 กิโลกรัมต่อวัน⁽⁶⁾ แต่ขณะเดียวกันกลับพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ต่อการควบคุมน้ำในเชิงลบ คือ รับรู้และรู้สึกว่าการควบคุมน้ำเป็นความทุกข์ ทรมาน การจำกัดอาหารและน้ำดื่มทำให้ความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยต้องอดทนกับความหิว กระหายที่เกิดขึ้น ไม่สามารถรับประทานอาหารที่เคยชอบที่อยากรับประทานตามใจปรารถนา ขาดอิสรภาพในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม⁽⁷⁾ ตลอดจนผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ในการจัดการตนเองในการฝึกควบคุมน้ำ และไม่รู้หลักการควบคุม ส่งผลให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่เหมาะสมกับโรค ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมปริมาณน้ำได้สำเร็จนั้น ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามได้ถูกต้องตามความรู้เรื่องการจำกัดน้ำที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น การจำกัดน้ำ และการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำ การฝึกทักษะการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำ เป็นต้น⁽⁸⁾

กระบวนการสอนสุขภาพ (Health education process) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้นักชนาความรู้ที่ได้รับมาเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมของตนเอง และนำความรู้นั้นมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจนได้พฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่พึงประสงค์⁽⁹⁾



ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับความรู้เฉพาะเรื่องอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องเผชิญและปรับตัวกับความเจ็บป่วยท่ามกลางการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาที่ต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ดังนั้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะน้ำเกิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้นั้นจะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วย⁽¹⁰⁾

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน เป็นหน่วยไตเทียมที่รับการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมายในการรักษาเพื่อยืดอายุผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนให้เหลือน้อยที่สุด จากการรวบรวมข้อมูลในปี 2563-2565 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประจำ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน พบว่า ในปี 2563 มีจำนวน 40 ราย ในปี 2564 และ 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 41 และ 42 ราย ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2563 พบร้อยละ 34.28 ปี 2564 และ ปี 2565 เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.42 และ 42.85 ตามลำดับ และพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำกัดน้ำดื่มได้ และมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัมต่อวัน ทำให้การฟอกเลือดแต่ละครั้งไม่มีประสิทธิภาพ และมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ระหว่างทำการฟอกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำพบร้อยละ 7.31 ตะคริวพบ ร้อยละ 2.43 หรือบางรายเกิดภาวะรุนแรงมีน้ำท่วมปอดพบ ร้อยละ 7.31 ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องนอนรักษาต้องนอนในโรงพยาบาลนาน มีปัญหาในการใช้ยา และมีปัญหาหลอดเลือดที่ใช้สำหรับฟอกเลือด⁽¹¹⁾ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน จำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะน้ำเกิน เพราะคิดว่าอาการแสดงต่างๆ ของภาวะน้ำเกินมาจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ขาบวมเพราะเดินบ่อย นอนราบไม่ได้ เพราะชินกับการนอนหัวสูง เป็นต้น ไม่ทราบวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดมีภาวะน้ำเกิน เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมขึ้น เป็นกระบวนการสอนสุขภาพ เพื่อให้ความรู้ และเสริมสร้างพฤติกรรมในการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่ภาวะสมดุลน้ำหรือสามารถควบคุมภาวะน้ำเกินได้ และลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน



2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นต่อความรู้และพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One – group Pre-posttest design) กำหนดระเบียบวิธีวิจัยได้ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2566 กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2) สามารถรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจด้วยภาษาไทย 3) มีการมองเห็น การได้ยินปกติ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลได้ 4) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ในระหว่างดำเนินการวิจัยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรือโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดกระบวนการสอนสุขภาพ (Health education process) ของ Mark⁽⁹⁾ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำ 2) การให้ความรู้โดยการสนทนา การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ และ 3) การติดตามการดื่มน้ำ และอาหารในชีวิตประจำวัน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว ระยะเวลาของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การจำกัดน้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 14 ข้อ กำหนดระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom⁽¹²⁾ ได้แก่ 0–9 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ/ต้องปรับปรุง, 10–11 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และ 12–14 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับดี/สูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ (0 วัน/สัปดาห์)



ปฏิบัติก่อนข้างน้อยหรือนานๆ ครั้ง (1–2 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3–4 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นประจำแทบทุกวัน (5–6 วัน/สัปดาห์) และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ดำเนินการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence) ของโปรแกรมแบบวัดความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.96–1.00

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบวัดความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมการจำกัดน้ำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์เดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของคอนบาค (Conbach's method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมได้ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดย 1.1) ทบทวนสถานการณ์การรักษากันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน 1.2) กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น เพื่อการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1.3) ศึกษา ค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะน้ำเกิน การป้องกัน การจัดการภาวะน้ำเกิน การให้ความรู้เพื่อการจำกัดน้ำ 1.4) กำหนดกิจกรรมในโปรแกรม ใช้ระยะเวลาทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จ การให้ความรู้ การสาธิตและการฝึกทักษะ การติดตามและประเมินผลลัพธ์ และ 1.5) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วนสมบูรณ์ของโปรแกรม หลังจากนั้นนำโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์

2. กระบวนการนำโปรแกรมไปใช้ ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม–เมษายน พ.ศ. 2566 โดย 2.1) ก่อนดำเนินโปรแกรมชี้แจงรายละเอียดของเครื่องมือที่นำมาใช้ และให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้และพฤติกรรมการจำกัดน้ำ 2.2) เข้าสู่กระบวนการทำกิจกรรม โดยผู้วิจัยแนะนำตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำ และให้ตัวแบบถ่ายทอดประสบการณ์ ในการจำกัดน้ำของตนที่กระทำสำเร็จให้กลุ่มตัวอย่าง ด้วยการอภิปรายกลุ่มระหว่างตัวแบบ ผู้ป่วยและผู้วิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำ 2.3) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกิน การรับประทานอาหารที่จำกัดน้ำ การควบคุมน้ำ ปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยสามารถดื่มได้ อาการแสดงและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำเกิน 2.4) ผู้วิจัยและตัวแบบใช้คำพูดชักจูงให้ปฏิบัติการควบคุมน้ำ โดยการให้คำแนะนำ การชี้แนะการกระตุ้น และการให้กำลังใจ นอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้



ผู้ป่วยได้รับความสำเร็จในการลงมือกระทำด้วยตนเอง และ 2.5) ฝึกปฏิบัติการควบคุมน้ำผ่านการสาธิตวิธีการตวงน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจำกัดน้ำ พร้อมกับชี้แจงการบันทึกการดื่มน้ำ และอาหารลงในแบบบันทึกรายวัน

3. การประเมินผลหลังจากการนำโปรแกรมมาใช้ เมื่อเสร็จสิ้นการทำการกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลหลังจากการนำโปรแกรมมาใช้ โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้และพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้การจำกัดน้ำ พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เอกสารรับรองจริยธรรม เลขที่ 063/2566 เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 74.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.9 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 78.6 มีผู้ดูแลหลักในการดูแลเรื่องอาหารและจัดยาให้รับประทาน คือ สามี/ภรรยา เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 67.9 นอกจากนี้ มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 92.9 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เบาหวาน รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 7.8 ปี ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (n = 28)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 28)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	75.0
หญิง	7	25.0
อายุ		
41 – 50 ปี	8	28.6
51 – 60 ปี	10	35.7
61 ปีขึ้นไป	10	35.7
($\bar{X}$ = 74.9, SD = 11.6)		
สถานภาพ		
โสด	3	10.7
สมรส	21	75.0
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	14.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	3.6
ประถมศึกษา	22	78.6
มัธยมศึกษา	5	17.9
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	21.4
เกษตรกร	12	42.9
รับจ้างทั่วไป	5	17.8
ค้าขาย	4	14.3
ข้าราชการบำนาญ	1	3.6
สิทธิการรักษาที่ใช้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.6
ประกันสังคม	5	17.8
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	22	78.6
ผู้ดูแลหลักในการดูแลเรื่องอาหารและจัดยาให้รับประทาน		
ตัวเอง	2	7.1
สามี/ภรรยา	19	67.9
บุตร/หลาน	7	25.0



ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 28)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	2	7.1
มี ได้แก่ เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, เก๊าท์	26	92.9
ระยะเวลาแรกเริ่มฟอกเลือดจนถึงปัจจุบัน		
ต่ำกว่า 1 ปี	2	7.1
1 – 5 ปี	10	35.7
6 – 10 ปี	9	32.1
11 – 15 ปี	3	10.7
มากกว่า 15 ปี	4	14.3
$(\bar{X} = 7.8, S.D. = 5.8)$		

2. ความรู้การจำกัดน้ำก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น

ความรู้การจำกัดน้ำ พบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -9.137, p\text{-value} = 0.000$) โดยก่อนการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้การจำกัดน้ำอยู่ในระดับต่ำ/ต้องปรับปรุง ($\bar{X} = 8.53$) และหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความรู้การจำกัดน้ำเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก/สูง ($\bar{X} = 12.27$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้การจำกัดน้ำ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

คะแนนความรู้การจำกัดน้ำ	N	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น	28	8.53	2.16	-9.137	0.000*
หลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น	28	12.27	0.97		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

3. พฤติกรรมการจำกัดน้ำ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น

พฤติกรรมการจำกัดน้ำ พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -24.538, p\text{-value} = 0.000$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยการควบคุมการรับประทานอาหาร ($t = -18.908, p\text{-value} = 0.000$) การจำกัดน้ำโดยการควบคุมการดื่มน้ำ ($t = -14.294, p\text{-value} = 0.000$) การจำกัดน้ำโดยการรับประทานยาตามแผนการรักษาในชีวิตประจำวัน



($t = -22.654$, $p\text{-value} = 0.000$) มีทักษะการควบคุมน้ำในชีวิตประจำวัน ($t = -14.118$, $p\text{-value} = 0.000$) และสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกิน ($t = -16.602$, $p\text{-value} = 0.000$) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่พฤติกรรมการจำกัดน้ำได้ดีขึ้นอยู่ในระดับดีมาก

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

พฤติกรรมการจำกัดน้ำ		Mean	S.D.	t	p-value
1) การปฏิบัติในการควบคุมการรับประทานอาหาร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ	1.91	0.29	-18.908	0.000*
	หลังใช้โปรแกรมฯ	3.63	0.30		
2) การควบคุมการดื่มน้ำ	ก่อนใช้โปรแกรมฯ	2.01	0.39	-14.294	0.000*
	หลังใช้โปรแกรมฯ	3.33	0.30		
3) การรับประทานยาตามแผนการรักษาในชีวิตประจำวัน	ก่อนใช้โปรแกรมฯ	1.92	0.28	-22.654	0.000*
	หลังใช้โปรแกรมฯ	3.45	0.27		
4) ทักษะการควบคุมน้ำในชีวิตประจำวัน	ก่อนใช้โปรแกรมฯ	1.89	0.37	-14.118	0.000*
	หลังใช้โปรแกรมฯ	2.95	0.23		
5) การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกิน	ก่อนใช้โปรแกรมฯ	1.60	0.47	-16.602	0.000*
	หลังใช้โปรแกรมฯ	3.71	0.34		
ภาพรวม	ก่อนใช้โปรแกรมฯ	1.88	0.26	-24.538	0.000*
	หลังใช้โปรแกรมฯ	3.42	0.20		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการสอนสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ การใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำ การให้ความรู้โดยการสนทนา การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ และการติดตามการดื่มน้ำ และอาหารในชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์จากการนำมาใช้ในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความรู้ และพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ดีขึ้น ซึ่งถือได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ด้วยตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกิน อันส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี



อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นพัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการสอนสุขภาพ (Health education process) ตามกรอบแนวคิดของ Mark⁽⁹⁾ ที่มุ่งเน้นช่วยให้บุคคลนำความรู้ที่ได้รับมาเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมของตนเอง และนำความรู้ใหม่นั้นมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจนได้พฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่พึงประสงค์ โดยการใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำ การให้ความรู้โดยการสนทนา การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ และการติดตามการดื่มน้ำอาหารในชีวิตประจำวัน จากการนำโปรแกรมมาใช้ พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้การจำกัดน้ำเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ซึ่งปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องจำกัดน้ำได้นั้น เนื่องจากโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นได้มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล อีกทั้งมีการให้ความรู้โดยการสนทนากับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังและภาวะน้ำเกิน การรับประทานอาหารที่จำกัดน้ำ และการควบคุมน้ำ ตลอดจนมีการฝึกปฏิบัติการควบคุมน้ำ ผ่านการสาธิตวิธีการตวงน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน การเชื่อมโยงกระบวนการคิดและวิเคราะห์การจำกัดน้ำของผู้ป่วยในสถานการณ์ตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น โดยสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยกระบวนการดังกล่าว ผู้ป่วยจึงมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ร่วมกับการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองและการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การควบคุมจำกัดน้ำดื่ม การจัดการยา และการควบคุมน้ำหนัก ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับที่ดี สามารถควบคุมภาวะน้ำเกินได้เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ จากการนำโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นมาใช้ ค้นพบว่า เกิดผลลัพธ์ในด้านพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ดีขึ้น โดยหลังการใช้โปรแกรมผู้ป่วยสามารถควบคุมการรับประทานอาหาร ควบคุมการดื่มน้ำ รับประทานยาตามแผนการรักษาในชีวิตประจำวัน มีทักษะการควบคุมน้ำในชีวิตประจำวัน และสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกินได้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นกระบวนการสอนสุขภาพ (Health education process) ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในทางที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับภาวะของโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับความรู้เฉพาะเรื่องอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องเผชิญ และปรับตัวกับความเจ็บป่วยท่ามกลางการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน⁽¹⁰⁾ การให้ความรู้แบบเข้มข้น พร้อมกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะในการจำกัดน้ำเป็นรายบุคคล เน้นการย้ำความรู้ที่ผู้ป่วยบกพร่องตามสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำได้ไม่สำเร็จ



อย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่มาฟอกเลือด จึงถือเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ด้วยตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกิน สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร⁽¹⁴⁾ พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นกิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบรายบุคคล ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย จากการนำมาใช้ พบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การควบคุมน้ำ และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลปทุมธานี⁽¹⁵⁾ ที่โปรแกรมใช้กระบวนการเรียนรู้เป็นรายบุคคลของผู้ป่วย การฝึกทักษะ และการสอน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำเกินได้ จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น ที่มุ่งเน้นกระบวนการสอนสุขภาพแก่ผู้ป่วยนั้น ช่วยเสริมสร้างความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับภาวะของโรค ได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นโดยใช้กระบวนการสอนสุขภาพ (Health education process) ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความรู้การจำกัดน้ำ และพฤติกรรมจำกัดที่ดีขึ้น เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้น จึงควรมานำใช้กับผู้ป่วยในระยะยาว และควรมีการประเมินผลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของตนเอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

2. ควรมีการศึกษาประสบการณ์ในการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เชิงลึกในบริบทแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูล พื้นฐานที่สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. สมชาย เอี่ยมอ่อง, ปวีณา สุสันฐิตพงษ์, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ขจร ตีรณชนากุล, เกรียง ตั้งสง่า และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. Hemodialysis Renal Replacement Therapy. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลส์ จำกัด; 2556.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยไตเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. Depner TA, Daugirdas JT. Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy. Am J Kidney Dis 2006; 8(1): 2-9.
4. วณิดา คู่เคียงบุญ. การจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไต. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
5. Wizemann V, Wabel P, Chamney P, Zaluska W, Rode C, Malecka- Masalska T. The mortality risk of overhydration in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2009; 24(5): 1574-1579.
6. ชัยรัตน์ ฉายากุล. ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2557.
7. Valsara BP, Bhat SM, Prabhu R, Dinesh NA. Qualitative research on the Experience of Haemodialysis in South Karnataka: Lived Experience of Persons Undergoing Haemodialysis. Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University 2014; 3(2): 90-100.
8. Boudville N. Increased sodium intake correlates with greater use of antihypertensive agent by subjects with chronic kidney disease. American Journal of Hypertension 2016; 18(10): 1300-1305.
9. Mark, V. Relationship of Functional Health Literacy to Patients Knowledge of Their Disease. Archives of Internal Medicine 2018; 25(2): 166-172.
10. Mason, J. (2015). Educational interventions in kidney disease care: A systematic review of randomized trials. American Journal of Kidney Diseases. 2015; 11(6): 933-951.
11. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน. รายงานตัวชี้วัดหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน. ลำพูน: หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน; 2565.
12. Bloom, B.S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Grow Hill Book Company; 1998.
13. สุภาพร ไชยวัฒนตระกูล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2561; 5(2): 131-145.
14. กิตติมา เสรฐบุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และ



คุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559; 4(4): 485-503.

15. รัตนา เลือ่อุ่ม. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำ และ การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.



**เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระหว่างผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา กับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน**

**COMPARISON OF FUNCTIONAL ABILITY, COGNITIVE FUNCTION AND
DEPRESSION IN OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS BETWEEN WHO
ATTENDED AT A CHRONIC CARE CLINIC OF KHAO CHAMAO CHALOEM PHRA KIAT
80 PHANSA HOSPITAL AND COMMUNITY CARE**

Received: January 03, 2024

Revised: February 14, 2024

Accepted: March 12, 2024

กิติมา เศรษฐบุญสร้าง¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์^{2*}

Kitima Setboonsrang¹, Prasert Prasomruk^{2*}

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นผลจากกระบวนการชราและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระหว่างผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา กับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน ในเขตพื้นที่อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง กลุ่มละ 52 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมิน ADL, IADL, MMSE และ TGDS วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Independent Sample T-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ อายุ 60-69 ปี ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันจากญาติพี่น้อง มีภาวะพึงพิงปานกลาง ร้อยละ 5.80 ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.10 ส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.70 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า มีเพียงภาวะซึมเศร้า ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ดังนั้น จึงควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันของชุมชนและโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำหน้าที่, สมรรถภาพสมอง, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

¹ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดระยอง

Kaochamao Community Hospital Commemorating His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary, 5th December 2007

² มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Mahidol University Amnat Charoen Campus

*Corresponding author E-mail: Prasert.pra@mahidol.edu



Abstract

The elderly health problems were caused by both forms of the aging process and the burden of non-communicable diseases. This Quasi-experimental research aimed to study and compare functional abilities, cognitive function, and depression in the elderly with chronic illness who attended at a chronic care clinic at Kao Chamao Chaloe Phra Kiat 80 Phansa Hospital and received community care, Rayong Province, divided in 52 people in each group. Data were collected by using ADL, IADL, MMSE and TGDS assessments. Data were analyzed by using descriptive statistics and Independent Sample T-test.

The results found that the majority of both sample groups were not exhibit dependence based on the ADL assessment, but there was moderate dependence according to the IADL assessment. Additionally, 5.80% showed signs of cognitive impairment, with 11.10% of the older persons with chronic illness, and 7.70% of community care had depression. When comparing differences in the elderly's health indices, a statistically significant difference was found only in the Geriatric Depression Scale ($p\text{-value} < .001$). The group attending services at a chronic care clinic had a higher average score. Therefore, the collaborative elderly care model between the community and hospital should be continually developed to enhance the overall well-being of the elderly.

Keywords: Functional Ability, Cognitive Function, Depression, Older Persons with Chronic Illness



บทนำ

ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ในอาเซียนมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด โดยประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 19 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งผู้สูงอายุประเทศไทยเพิ่มจาก 50 ปี ก่อน ถึง 10.5 ล้านคน โดยประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี 2565 และจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4 ทุกปี ในจำนวนผู้สูงอายุ 66.7 ล้านคน⁽¹⁾ โดยเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบความเสื่อมของร่างกายในระบบต่างๆ ตลอดจนความเสื่อมของระบบประสาท⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี ค.ศ. 2030 ผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 87 จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ราย จะป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค รวมถึงภาวะสมองเสื่อมหรือสมรรถภาพการทำงานของสมองที่ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคไขข้อในเลือดสูง เป็นต้น จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายอย่าง รวมถึงสมรรถภาพสมองที่ลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้า มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ภาพรวมร้อยละ 21.3⁽³⁾ เป็นปัญหาต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานร้อยละ 18.4 และปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องร้อยละ 16.6⁽⁴⁾ โรคเรื้อรังที่มีผลต่อหลอดเลือดระบบประสาทและเมตาบอลิซึมของสมอง จะทำให้การรู้คิดเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตมากขึ้น มีผลต่อสมรรถภาพสมองร้อยละ 43 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังยังพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3⁽⁵⁾ โดยความชุกของโรคจะพบมากขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 32 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี⁽⁶⁾ ในปี ค.ศ.2015 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีประชากรโลกที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 47.47 ล้านคนและจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 7.7 ล้านคนต่อปี คาดว่า ในปี ค.ศ.2050 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าหรือราว 135.46 ล้านคน⁽⁷⁾ ในขณะที่ประเทศไทยพบรายงานผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 10.19⁽¹⁾ และคาดว่าจะพบสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 1,011.57 คนต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก⁽⁸⁻⁹⁾ ส่งผลต่อการปรับตัวข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเพิ่มความต้องการการดูแล

การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ที่อาจกระทบต่อความสามารถในการพึ่งพาตนเอง จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ประกอบด้วย การดูแลที่บ้าน ในชุมชน และในหน่วยบริการ โดยการให้บริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่มุ่งเน้นในการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่เชื่อมโยง เป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้า และสมองเสื่อมสำหรับประชาชน



ประกอบด้วย การจัดตั้งแวล้อม การประเมินภาวะหกล้ม การออกกำลังกายป้องกันภาวะหกล้ม การคัดกรองสุขภาพสายตา การฝึกสมอง การประเมินภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมให้กินอาหารอย่างถูกต้องหลักโภชนาการ⁽¹⁰⁾ ซึ่งคลินิกดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ และรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการจัดบริการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม การพบแพทย์และให้การดูแลรายบุคคล และการให้คำแนะนำแบบเสริมพลังก่อนจำหน่าย โดยจัดบริการตามกลุ่มอายุเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการชรา (Aging Process) ส่วนการดูแลในชุมชน เป็นการดูแลที่เชื่อมโยงกับระบบสามหมอ โดยมีผู้ดูแลในชุมชนเยี่ยมดูแลที่บ้าน ร่วมกับผู้จัดการรายกรณี โดยใช้ Care Plan พร้อมทั้งเชื่อมโยงระบบส่งต่อพบหมอคนที่สามในโรงพยาบาลในรายที่จำเป็น

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จากปี 2563-2565 พบร้อยละ 57.89, 58.13, 60.23 ตามลำดับ และพบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 0.51, 0.59, 1.23 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 0.37, 0.40, 0.52 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลได้พยายามพัฒนารูปแบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้บริการทั้งในรูปแบบคลินิกโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และการบริการดูแลในชุมชน แต่ที่ผ่านมายังไม่มีศึกษาผลว่าวิธีการดูแลแบบใดที่มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

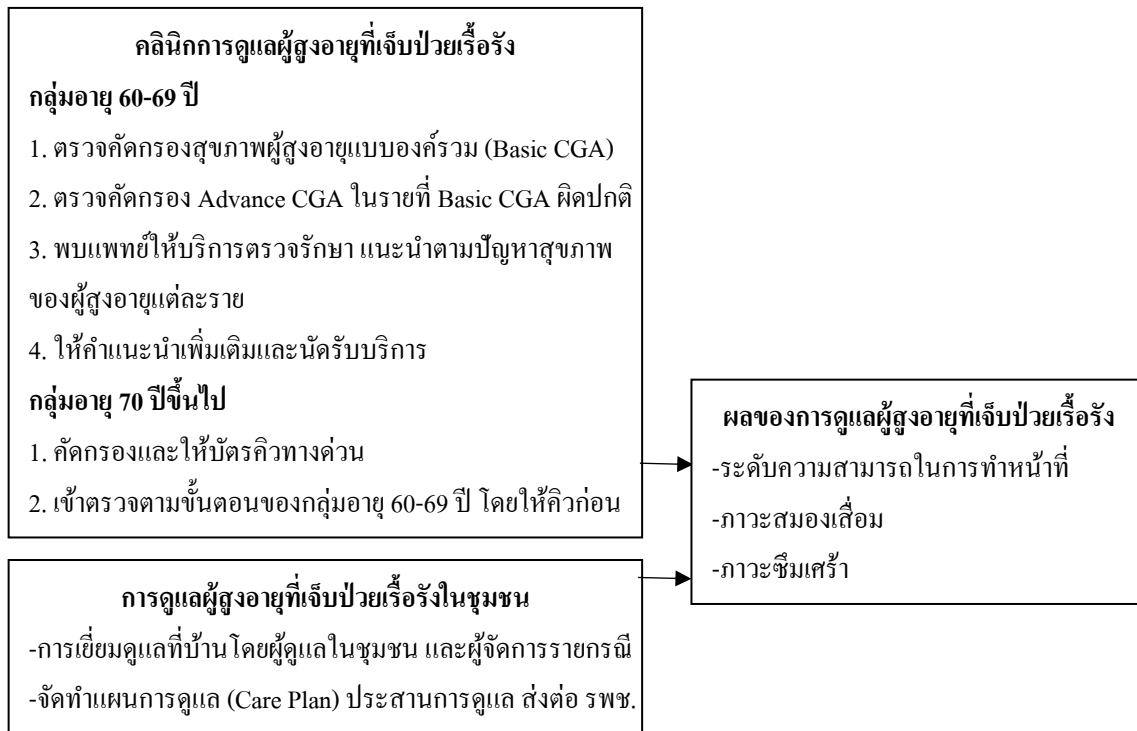
เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน



กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรศึกษาดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ทั้งชายและหญิง ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น มีผลประเมินเป็นผู้สูงอายุติดสังคมและติดบ้าน อาศัยอยู่ในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง โดยคำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แทนค่า Z_α เท่ากับ 1.96 แทนค่า Z_β เท่ากับ 1.64 แทนค่าความแปรปรวนด้วย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง



เท่ากับ 3.7⁽¹¹⁾ ผลต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม แทนด้วย 3.03⁽¹²⁾ คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 52 คน สุ่มตัวอย่างกลุ่มที่รับบริการคลินิกโดยการสุ่มอย่างง่ายจากผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกรอบเดือนเดียวกัน ส่วนในชุมชนสุ่มโดยการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยตามเกณฑ์คัดเลือกที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทดลองสำหรับกลุ่มที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง

1. ตรวจคัดกรองและพบแพทย์

ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม Basic CGA, Advance CGA ในรายที่ Basic CGA ผิดปกติ พบแพทย์ให้บริการตรวจรักษา แนะนำตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย และ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและนัดรับบริการ

ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ตรวจคัดกรองและให้บัตรคิวทางด่วน และเข้าตรวจตามขั้นตอนของกลุ่มอายุ 60-69 ปี โดยให้คิวก่อน

2. จัดกิจกรรมกระตุ้นการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพทางสมอง ในรายที่เข้าเกณฑ์สมองเสื่อม

3. ให้การรักษา และทำจิตบำบัดในรายที่พบภาวะซึมเศร้า

4. สะท้อนผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับทราบผลการประเมิน และให้คำแนะนำและวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)

5. ติดตามผลทางโทรศัพท์ และนัดติดตามการเปลี่ยนแปลงในเวลา 1 เดือน

ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลโดยการให้คำแนะนำภาวะที่พบ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงผลการประเมิน ตามความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ และเติมข้อมูลที่ตรงกับข้อเท็จจริงของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.77⁽¹³⁾ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0-4 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

5-11 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน

12 คะแนนขึ้นไป ไม่มีภาวะพึ่งพิงหรือพึ่งพาตนเองได้



และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Instrument Activities of Daily Living Scale: IADL) 8 ด้านๆ ละ 1 คะแนน โดยแปลผลเป็น 4 ระดับได้แก่

0-2 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

3-4 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง

5-8 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง

9-12 คะแนน ไม่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถของสมองฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เพื่อประเมินการรู้คิด จำนวน 11 ข้อ การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น ได้ค่าเท่ากับ 0.81⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TDGS-15)⁽¹⁵⁾ ที่สอบถามความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ให้คะแนน 1 คะแนนในข้อ 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15 ที่ตอบใช่ และ ข้อ 1, 5, 7, 11, 13 ที่ตอบไม่ใช่

การแปลผล

คะแนน 0-4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 5-10 เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น

คะแนน 11-15 เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent Sample T-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง รหัส COA.NO.21/2566 โดยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากงานวิจัยนี้ การรักษาความลับของข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม



ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน มีคุณลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 75.00 และร้อยละ 67.30 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 80.80 และร้อยละ 65.40 สามารถอ่านหนังสือได้ ร้อยละ 75.00 และร้อยละ 71.20 จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 3 คน ร้อยละ 73.10 และร้อยละ 76.90 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.10 และร้อยละ 69.20 ญาติพี่น้องเป็นผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 53.80 และร้อยละ 65.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 21.20 รายได้รวมทั้งหมดต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 42.30 เท่ากันสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยบัตรทอง ร้อยละ 96.20 และร้อยละ 100 และไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 69.20 และร้อยละ 84.60 ตามลำดับ

2. **ความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง** ผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากการประเมินด้วย ADL พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะพึ่งพิง แต่จากการประเมินด้วย IADL พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาวะพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 98.10 และมีภาวะพึ่งพิงรุนแรง ร้อยละ 1.90 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะพึ่งพิงปานกลางร้อยละ 94.20 ระดับภาวะพึ่งพิงรุนแรง ร้อยละ 3.80 และระดับภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 1.90 ตามลำดับ ภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 94.20 และมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 5.80 เท่ากัน ส่วนผลการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 88.50 มีเพียงร้อยละ 11.10 ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน ที่ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 92.30 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.70 รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง	ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)		
ไม่มีภาวะพึ่งพิง (12-20 คะแนน)	52 (100.00)	52 (100.00)
มีภาวะพึ่งพิงบางส่วนถึง โดยสมบูรณ์	0 (0.00)	0 (0.00)
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (IADL)		
ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0-2 คะแนน)	0 (0.00)	1 (1.90)
ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (3-4 คะแนน)	1 (1.90)	2 (3.80)
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (5-8 คะแนน)	51 (98.10)	49 (94.20)
ไม่มีภาวะพึ่งพิง (9-12 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)
ภาวะสมองเสื่อม		
มีภาวะสมองเสื่อม	3 (5.80)	3 (5.80)
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	49 (94.20)	49 (94.20)
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-5 คะแนน)	46 (88.50)	48 (92.30)
มีภาวะซึมเศร้า (6-10 คะแนน)	5 (9.60)	4 (7.70)
มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน (11 คะแนนขึ้นไป)	1 (1.90)	0 (0.00)

3. ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน พบว่า มีเพียงค่าดัชนีภาวะซึมเศร้า (TGDS) ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 (S.D. = 2.64) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 (S.D. = 2.20) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน

ตัวแปร	Mean (S.D.)		t	p-value
	ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง	ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน		
ค่าดัชนี ADL	19.88 (0.32)	19.92 (0.26)	0.00	1.00
ค่าดัชนี IADL	7.50 (0.89)	7.48 (1.17)	0.94	0.92
ค่าดัชนี MMSE	22.75 (4.36)	23.07 (4.62)	-0.37	0.71
ค่าดัชนี TGDS	3.73 (2.64)	3.21 (2.20)	8.92	< 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากสมมติฐานที่ว่าผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ และสมรรถภาพสมอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน จากการทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติ Independent Sample T-test จากตารางที่ 2 พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือค่าดัชนี ADL ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 100.0 ตลอดจนมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นญาติพี่น้อง และทั้งสองกลุ่มมีอายุในช่วง 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการชราเพียงเล็กน้อย ทำให้ยังคงสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁽¹⁶⁾ และนงนุช เข้มวงษ์⁽¹⁷⁾ พบว่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก (p-value < 0.05) และการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครอบครัว และสื่อโฆษณา มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (p-value < 0.01)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (IADL) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง (Mean = 7.50 (S.D. = 0.89)) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน (Mean = 7.48 (S.D. = 1.17)) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งทั้งสองกลุ่ม มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ระดับภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ทั้งนี้ การที่ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย IADL สูงกว่า อาจะมาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน มีความต้องการพึ่งพิงบางส่วนในการทำกิจกรรมวัตรประจำวันหลายด้าน ได้แก่ การใช้โทรศัพท์



การจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร การใช้ยา และการจัดการด้านการเงิน สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟย หลี และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า จากผลการประเมิน IADL ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา เรื่อง การชั่งรีดเสื้อผ้า การจัดการการเงิน และการใช้โทรศัพท์ จากกิจกรรมประจำวันข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันโดยอาศัยญาติพี่น้อง ถึงร้อยละ 65.40 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรังอยู่ที่ร้อยละ 53.80 และการที่ค่าเฉลี่ย IADL ของผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการได้รับการบริการในการคัดกรองความเสี่ยงสุขภาพ รวมถึงได้รับคำแนะนำตามปัญหาสุขภาพที่มีความเฉพาะรายบุคคลโดยแพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่าทีม CM และ CG ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน

สมรรถภาพสมอง จากการศึกษ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง (Mean = 22.75 (S.D. = 4.36)) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน (Mean = 23.07 (S.D. = 4.62)) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งพบว่า ภาวะสมองเสื่อมด้วย MMSE-Thai 2002 ทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรังมีความสามารถในการอ่านระดับต่ำมาก ถึงร้อยละ 13.50 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 25.00 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน อาจกล่าวได้ว่า การไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ขาดการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสายสุนีย์ เลิศกระโทก และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า การประกอบอาชีพปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (p-value < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา คำสวน⁽²⁰⁾ พบว่า ปัจจัยด้านประชากร ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความสามารถในการอ่าน-เขียนได้เล็กน้อย ร้อยละ 48.3 และปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80.5

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จากการศึกษ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (Mean = 3.73 (S.D. = 2.64)) สูงกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน (Mean = 3.21 (S.D. = 2.20)) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ที่ว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน จากการวัดความเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) มีความรู้สึกบางอย่างของผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน ได้แก่ ลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่างๆ ลง ชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้าน และรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาความจำมากกว่าใครๆ ประกอบกับเดิมผู้สูงอายุมีการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเดิมที่ต้องได้รับการเข้ารักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนอย่างเคร่งครัด



ทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล ซึ่งความรู้สึกลดลง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุร่วมด้วยอาจจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

กล่าวโดยสรุป กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง และได้รับการดูแลในชุมชนความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ซึ่งกลุ่มเป็นผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ สมรรถภาพสมองอยู่ในระดับปกติ และภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ซึ่งทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงทำให้ได้รับการคัดกรอง และได้รับการส่งเสริมความรู้ ทักษะเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรนำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่เชื่อมประสานกันระหว่างทีมสามหมอ และระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อไปใช้ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่รับบริการในโรงพยาบาล และชุมชนได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน
2. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และชุมชน ควรมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่วัยต้น เนื่องจากพบว่า แม้จะอยู่ในช่วงผู้สูงอายุวัยต้น แต่การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันด้วย IADL ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีสภาวะของโรคแตกต่างกัน เช่น ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ กับกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบ ความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลโดยแพทย์ พยาบาล และทีม CG, CM ของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ ได้รับความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่สนับสนุน ขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565.
2. Bernstein M, Luggen AS. Nutrition for the Older Adults. Massachusetts: Johns & Bartlett; 2010.
3. Huang W, Ross J, Boockvar K, Siu L. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. BMC Geriatrics 2011; 11: 1-12.
4. Gama VE, Damian J, Ruigomez A, Moreno MJ. Chronic disease functional status and self-ascribed cause of disabilities among noninstitutionalized older people in Spain. J Gerontol 2002; 57: 716-21.
5. Niti M, Ng PT, Kua HE, Ho R, Tan C. Depression and chronic medical illness in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 1087-94.
6. Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement 2018; 14(3): 367-429.
7. World Health Organization (WHO). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC By-NC-SA 3.0 IGO. [internet]. [cited 2019 June 18]. Available from: URL:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=1464D2203FDF2059DB750D7A754253FF?sequence=1>
8. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561.
9. Institute for Population and Social Research. Population of Thailand 2018. [internet]. 2019 [cited 2018 August 15]. Available from: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>.
10. โครงการสุขภาพคนไทย. สุขภาพคนไทย 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
11. กิรณันท์ สนธิธรรม, ทองมี ผลผล, โชติระวี อินจำปา, ชนิดาวดี สายืน, นิชพันธุ์ระวี เฟ่งพล, วิภาพร จันทนาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 2563; 14(2): 192-204.



12. กัมปนาท ส้ารวมจิต, สุณีย์ ละคำปิ่น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562; 35(3): 34-45.
13. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (บรรณาธิการ). การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541: 85-6.
14. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ. นนทบุรี: อีสอากัส; 2558.
15. Wongpakaran, N. Geriatric psychiatry in Thailand. J Psychiatr Assoc Thailand. 2008; 53(Suppl): s39-s46
16. กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(4): 11-21.
17. นงนุช แยมวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. Journal of Medicine and Health Sciences 2014; 21(1): 37-44.
18. เพ็ญ หลี่, วรรณภา ศรีชัยรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนหนาแน่นเหมือน เมืองหนานหนิง มลฑลกวางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(1): 71-8.
19. สายสุณีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรบือ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2556; 43(1): 42-54.
20. บุญบา คำสวน. ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลน้ำริด อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. [สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย; เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: 2554.



ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบ เพื่อลดความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มเกษตรกร จังหวัดสระแก้ว

EFFICIENCY OF CREAM PRODUCT CONTAINING HERBAL COMPRESS EXTRACT TO REDUCE MUSCLE PAIN AMONG FARMERS, SA KAEU PROVINCE

Received: January 22, 2024

Revised: March 16, 2024

Accepted: March 21, 2024

จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย¹, เฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์^{2*},

นัตยา ดวงประทุม¹, รัฐพล ศิลปรัศมี¹

Juntarat Jaricksakulchai¹, Fuangfah Rattanakanahutanon^{2*},

Narttaya Duangpratoom¹, Ratthapol sillaparassamee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบเพื่อลดความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในเกษตรกร จังหวัดสระแก้ว จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดระดับความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการใช้ผลิตภัณฑ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่า สารสกัดหลักที่ได้จากสมุนไพรในลูกประคบ คือ ไพล ผิวมะกรูด ขมิ้นชัน ใบมะขาม ตะไคร้ และดอกกระถิน ได้ของเหลวข้นสีน้ำตาล มีความหนืดเล็กน้อย ได้ %yield เท่ากับ 4.32 สารสกัดจากสมุนไพรนำมาใช้เป็นส่วนประกอบของการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีความคงตัวเหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ผลการทดสอบประสิทธิภาพพบว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีความเข้มข้นของสารสกัดร้อยละ 4 สามารถลดความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของกลุ่มทดลอง หลังใช้ผลิตภัณฑ์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้แบบประเมินระดับความปวดเมื่อย Visual Analogue Scales (VAS)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำสารสกัดหลักจากลูกประคบมาพัฒนารูปแบบให้สะดวกต่อการใช้งาน เป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่มมูลค่าสมุนไพรไทยเพื่อต่อยอดในเชิงพาณิชย์ต่อไป

คำสำคัญ: สารสกัดสมุนไพร, ลูกประคบ, ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, เกษตรกร

¹ สาขาวิชาสุขภาพและความงาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
Health and Aesthetic Program, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

² สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
Environmental Health Program, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

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



Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of cream product containing herbal compress extracts to reduce muscle pain among sixty farmers in Sa Kaeo Province. Each group of thirty farmers were treated as experimental groups and control groups. Using multi-stage random sampling. A form measuring the level of muscle pain from product use was used as an instrument in this study. Descriptive statistics and t-test were used for analysis.

The results of this research found that main extracts from herbal compresses, including plai, kaffir lime skin, turmeric, tamarind leaves, lemongrass, and salacca flowers, produced a thick brown liquid and slightly viscous with yield of 4.32%. Herbal extracts are used as ingredients to develop products with appropriate stability and does not cause irritation. The results of efficacy study found that the product with an extract concentration of 4% was effective in reducing muscle pains in the experimental group after using the product for a period of 4 weeks, with statistical significance at the 0.05 level by using pain evaluation form as Visual Analogue Scales (VAS).

This research can take the main extracts from herbal compress and develop them into products that are convenient to use, promotes health and increasing the value of Thai herbs to commercialization.

Keywords: Herbal Extracts, Herbal Compress, Muscle Pain, Farmer



บทนำ

อาชีพเกษตรเป็นอาชีพที่มีความสุขของกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ได้รับผลกระทบจากการทำงานในอัตราที่สูง⁽¹⁾ ซึ่งบริเวณร่างกายที่พบอาการผิดปกติมากที่สุดคือ สะโพก คอ ข้อมือ เข่า และหลังส่วนล่าง⁽²⁾ เนื่องจากกลุ่มเกษตรกรมีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้แรงงาน ซึ่งส่วนใหญ่จะพบเป็นพื้นที่ชนบท⁽³⁾ จากการสำรวจข้อมูลสถานะลักษณะการทำงานของประชากร ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ในภาคเกษตรกรรมมีจำนวนผู้ทำงานมากที่สุดร้อยละ 52.5 ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงที่สุดของการประกอบอาชีพของแรงงานในประเทศไทย⁽⁴⁾ โดยกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีแนวโน้มต่อการเกิดอาการบาดเจ็บจากการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและกล้ามเนื้อมากถึงร้อยละ 62.3⁽⁵⁾ จากสถิติการประเมินภาวะความเสี่ยงที่มีปัญหาต่อสุขภาพด้านต่างๆ จะเห็นว่า ลักษณะท่าทางในการทำงานส่งผลให้เกษตรกรมีอาการปวดเมื่อยและบาดเจ็บกล้ามเนื้อที่ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว เพราะกระบวนการทำงานในแต่ละส่วนใช้แรงงานคนดำเนินงานเป็นหลัก⁽⁶⁾ และจากสถิติการบาดเจ็บและพบปัญหาสุขภาพในกลุ่มเกษตรกร พบว่า ความเสี่ยงของการบาดเจ็บในการทำงานร้อยละ 47.1 และมีความเสี่ยงต่อโรคระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อร้อยละ 45.0 ซึ่งอาการปวดหลังจากการทำงานส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการทำงานและเศรษฐกิจ เนื่องจากส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง การดำเนินกิจกรรมประจำวันลดลง หากทิ้งไว้เรื้อรังอาจส่งผลให้ความสุขของร่างกายเสียไป⁽⁷⁾

จากการสำรวจข้อมูลของจังหวัดสระแก้ว ปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีพื้นที่เกษตรกรรม 2,469,094 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 54.9 ของพื้นที่ทั้งหมด การเกษตรส่วนใหญ่เป็นการทำนา ร้อยละ 31.0 มันสำปะหลัง ร้อยละ 14.0 อ้อยโรงงาน ร้อยละ 10.0 และข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 5.0 ไม้ผลและไม้ยืนต้น ร้อยละ 9.0 และทำการเกษตรอื่นๆ ร้อยละ 31.0 ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 65,912 ครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงใช้แรงงานคนในการทำงาน และมีปัญหาการบาดเจ็บจากการทำงานบริเวณกล้ามเนื้อทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง⁽⁸⁾

ประเทศไทยได้นำการแพทย์แผนไทยมาช่วยรักษา และบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยใช้ภูมิปัญญาไทย ประกอบด้วย ยาแผนไทย การนวดไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพรที่ช่วยลด หรือแก้ปัญหาสุขภาพได้ อีกทั้งรัฐบาลได้มีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุข จึงนำสมุนไพรไทยมาใช้รักษาอาการปวดกล้ามเนื้อจากการทำงาน ซึ่งจากสถิติปี พ.ศ. 2557 มีรายงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพว่า มีการสั่งจ่ายลูกประคบสมุนไพรมากถึง 3.29 ล้านครั้ง แต่การประคบสมุนไพรนั้นมีข้อจำกัดด้วยความยุ่งยากในการผลิต และรูปแบบการใช้งาน⁽⁹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สารสำคัญจากสมุนไพรในลูกประคบส่วนใหญ่มีฤทธิ์ช่วยลดอาการอักเสบและอาการปวดเมื่อยในกลุ่มผู้มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ⁽¹⁰⁾ ผู้วิจัยจึงมีแนวทางในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีส่วนประกอบจากสารสกัดจากสมุนไพรลูกประคบ และเป็น



ทางเลือกให้กับการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDS เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อการดูแลรักษาสุขภาพและการบรรเทาความปวดกล้ามเนื้อ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาเข้าสู่ระบบสุขภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบเพื่อลดความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในกลุ่มเกษตรกร จังหวัดสระแก้ว

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เกษตรกรที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ เกษตรกรที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.0.10 อำนาจทดสอบ (Power analysis) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพลในระดับกลาง (Medium effect size) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 30 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรที่มีอาการปวดเมื่อยที่ประเมินด้วยเครื่องมือ Visual Analog Scale (VAS) มีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสามารถสื่อสารได้ดี อ่านออกเขียนได้ เป็นผู้มีความพร้อมในการให้ข้อมูลและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่เคยมีประวัติการแพ้ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination criteria) คือ ผู้ที่มีประวัติการแพ้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่ใช้ในกระบวนการวิจัย

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลาก 2 ตำบล แบ่งเป็นตำบลที่เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลที่เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งอำเภอวัฒนานคร แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 11 ตำบล คือ วัฒนานคร หนองระเวง ท่าเกวียน แร่ออ ผักชะ หนองหมากฝ้าย โนนหมากแข้ง หนองตะเคียนบอน หนองน้ำใส ห้วยโจด และช่องกุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยตามคุณสมบัติที่ได้กำหนด จนครบตามจำนวนตำบลละ 30 คน

กระบวนการวิจัย

1. การเตรียมสารสกัด เก็บตัวอย่างสมุนไพรในลูกประคบแก้ปวดเมื่อย นำไพล ผิวมะกรูด ขมิ้นชัน ใบมะขาม ตะไคร้ การบูร พิมเสน และดอกกระถิน สัดส่วน 1:1 มาล้างทำความสะอาด ทิ้งไว้ให้แห้ง ชั่งน้ำหนักและบันทึกผล หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ อบที่อุณหภูมิ 45 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง (จมน้ำหนักตัวอย่างคงที่) จากนั้นนำมาบดให้เป็นผง ชั่งผงสมุนไพร 10 กรัม สกัดด้วยวิธีการแช่ในตัวทำละลายเอทานอล 90 มิลลิลิตร ที่ความเข้มข้น 95 เปอร์เซ็นต์โดยปริมาตร เป็นเวลา 14 วัน จากนั้นกรองเก็บสารละลายหลังการสกัด ทำการสกัดซ้ำ 2 รอบ โดยการเติมตัวทำละลายลงไปในตัวอย่างพืช หลังผ่านการกรอง นำสารละลายเอทานอลที่ได้จากการสกัด ไประเหยตัวทำละลายออกด้วยเครื่องระเหยสูญญากาศเพื่อกำจัดตัวทำละลาย ชั่งน้ำหนักสารสกัดหยาบสมุนไพรในลูกประคบ ที่ได้หลังจากกำจัดตัวทำละลายออกไปแล้ว คำนวณร้อยละของสารสกัดหยาบสมุนไพรในลูกประคบ

2. วิธีการเตรียมผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบ เตรียมผลิตภัณฑ์ครีมสูตรต้นแบบของผลิตภัณฑ์ จำนวน 3 สูตร โดย สูตรที่ 1 ไม่ผสมสารสกัดจากลูกประคบ สูตรที่ 2 มีส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ครีมเช่นเดียวกับสูตรที่ 1 และใส่สารสกัดจากลูกประคบ ปริมาณ 4 กรัม และสูตรที่ 3 มีส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ครีมเช่นเดียวกับสูตรที่ 1 และใส่สารสกัดจากลูกประคบ ปริมาณ 8 กรัม

แต่ละสูตรผสมจนละลายเป็นเนื้อครีม ประเมินลักษณะเนื้อผลิตภัณฑ์ สี กลิ่น ความหนืด และความเป็นกรด-ด่าง (pH) ประเมินเลือกสูตรผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะทางกายภาพ-เคมี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของอุตสาหกรรมเอส 15-2561

3. ศึกษาการระคายเคือง ด้วยวิธี Closed patch test บริเวณทดสอบ คือ ท้องแขนด้านล่างทำ ความสะอาดผิวซับให้แห้ง ทาตัวอย่าง 2 มิลลิกรัม/ตารางเซนติเมตร ดังนี้ ตำแหน่งของน้ำ และ ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบ เข้มข้นร้อยละ 4 และ 8 %w/w ตามลำดับ ปิดทับด้วยกระดาษกรอง และพลาสติกกันน้ำ เป็นระยะเวลา 48 ชั่วโมง เมื่อครบกำหนดสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังหลังจากเปิดแผ่นทดสอบภายใน 30 นาที ตามเกณฑ์ของ Cosmetic, Toiletry,



and Fragrance Association-CTFA อ่านผลซ้ำอีกครั้งหลังจาก 24 และ 48 ชั่วโมง นำผลมาคิดค่าเฉลี่ยดัชนีการระคายเคือง (Mean irritation index-M.I.I.) ที่ได้จากผลรวมคะแนนทั้งหมด (ผื่นแดง+อาการบวมหน้า) ต่อจำนวนอาสาสมัครทั้งหมดที่ทำการทดสอบ

4. ศึกษาประสิทธิภาพการลดความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งแจ้งรายละเอียดการทดสอบ การสุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มการรักษา 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมให้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีส่วนผสมของสารสกัดจากลูกประคบ และกลุ่มทดลองให้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารสกัดจากลูกประคบ ทำโดยวิธีการจับฉลาก หากอาสาสมัครจับได้หมายเลขคู่ คือ กลุ่มควบคุมที่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีส่วนผสมของสารสกัดจากลูกประคบ และหากจับฉลากได้หมายเลขคี่ คือ กลุ่มทดลองที่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารสกัดจากลูกประคบ โดยให้อาสาสมัครใช้ผลิตภัณฑ์ ปริมาณ 2 มิลลิกรัมต่อตารางเซนติเมตร จำนวน 2 ครั้งต่อวัน เช้าและเย็น หลังอาบน้ำ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ การประเมินประสิทธิผลการลดอาการปวดเมื่อยของอาสาสมัครแต่ละคนจะได้รับการประเมินและติดตามผล การรักษาด้วย Visual Analog Scale เพื่อใช้วัดระดับอาการปวด โดยต้องประเมินครั้งแรกเป็นค่าก่อนเข้าร่วมการวิจัย และประเมินผลหลังใช้เป็นเวลา 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน ระยะเวลาการประกอบอาชีพเกษตรกร ประวัติโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสิทธิภาพทั้งก่อนและหลังของการใช้ผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนผสมของสารสกัดจากลูกประคบ โดยใช้มาตรวัดระดับความปวดเมื่อย Visual Analogue Scales (VAS) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตามองเห็นเส้นตรงมีลักษณะเป็นเส้นยาว 10 เซนติเมตร แบ่งช่วงจากเลข 0 จนถึง 10 โดยตำแหน่งปลายสุดด้านซ้ายมือ (0) จะตรงกับความรู้สึกไม่ปวดเมื่อยและจะเพิ่มความรู้สึกปวดไปทางขวามือ และตำแหน่งปลายสุดทางขวามือ (10) มีความรู้สึกปวดมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนผสมของสารสกัดจากลูกประคบ โดยให้ใช้ผลิตภัณฑ์วันละ 2 ครั้ง บริเวณคอ บ่า ไหล่ กล้ามเนื้อหลังส่วนล่างที่มีอาการปวด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร การประเมินความปวดเมื่อย และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence:



IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.854

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม และแบบประเมินระดับความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 4 ด้าน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.850

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยจะนำผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบ ผ่านการทดสอบความปลอดภัยเบื้องต้น และมีการตรวจสอบความปลอดภัยของส่วนประกอบทุกตัวด้วยข้อมูลจาก MSDS (Material Safety Data Sheet) เกรดของส่วนประกอบให้เป็นไปตามมาตรฐานของผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องสำอาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ประกอบด้วย

2.1 ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Chi-square สำหรับข้อมูลที่มีการวัดแบบ nominal scale และใช้สถิติ Independent samples t-test สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัด Interval scale

2.2 เปรียบเทียบระดับคะแนนความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ก่อนใช้และหลังใช้ผลิตภัณฑ์ของกลุ่มทดลอง และก่อนใช้และหลังใช้ผลิตภัณฑ์ของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ COA No. 0045/2565 (REC No. 0027/2564) เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2566 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิออกจากวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการเตรียมสารสกัด

ผลจากการสกัดสารสกัดหยาบสมุนไพรในลูกประคบ ด้วยการนำส่วนผสมสดที่ศึกษา มาทำให้ตัวอย่างมีขนาดเล็กลง บดเป็นผงและหมัก (Maceration) ได้สารสกัดหยาบ (Crude extract) ที่มีลักษณะ



ของเหลวชั้นสีน้ำตาล มีความหนืดเล็กน้อย ปริมาตร 100 มิลลิลิตร โดยมี % yield ของสารสกัดสมุนไพรในลูกประคบมีค่าเท่ากับ 4.32

2. ผลการเตรียมผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบ

ผลการเตรียมผลิตภัณฑ์ครีมสูตรต้นแบบจำนวน 3 สูตร สูตรที่ 1 ไม่มีสารสกัดจากลูกประคบ สูตรที่ 2 และ 3 มีส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ครีมเช่นเดียวกับสูตรที่ 1 และใส่สารสกัดจากลูกประคบ สูตรที่ 2 และสูตรที่ 3 ปริมาณ 4 และ 8 กรัม ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์

ส่วนประกอบ	หน้าที่	สูตรตำรับ		
		1	2	3
Ceteary alcohol	thickener agent	1.0	1.0	1.0
Stearyl alcohol	thickener agent	0.7	0.7	0.7
Glycol Distearate	thickener agent	1.5	1.5	1.5
White Oil	Emollient	1.0	1.0	1.0
Propylene glycol	Co-solvent	3.0	3.0	3.0
DI water	solvent	92.8	84.8	80.8
Herbal compression Extract	Active	-	4.0	8.0

หลังจากเตรียมผลิตภัณฑ์ครีมสูตรต้นแบบจำนวน 3 สูตร ตั้งทิ้งไว้ 24 ชั่วโมง ประเมินลักษณะทางเคมีกายภาพ พบว่า สูตรที่ 1 (ไม่มีสารสกัดจากลูกประคบ) มีลักษณะเป็นโลชั่น สีขาวขุ่น ไม่มีกลิ่น ไม่แยกชั้น ค่าความเป็นกรดค่าต่าง เท่ากับ 6.90 ± 0.43 สูตรที่ 2 และ 3 มีลักษณะเป็นเนื้อโลชั่น สีเหลือง ไม่มีกลิ่น ไม่แยกชั้น ค่าความเป็นกรดค่าต่าง เท่ากับ 6.14 ± 0.11 และ 7.89 ± 0.13 ตามลำดับ นำสูตรที่เป็นไปตามมาตรฐานของอุตสาหกรรมเอส 15-2561 โดยพบว่า สูตรที่ 3 คือ สูตรที่มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เกินเกณฑ์มาตรฐาน ของอุตสาหกรรมเอส 15-2561 จึงเลือกสูตรที่ 1 และ สูตรที่ 2 ไปศึกษาการระคายเคือง ด้วยวิธี Closed patch test ต่อไป (ค่า pH เทียบตามมาตรฐานของอุตสาหกรรมเอส 15-2561 อยู่ระหว่าง 3.5-7.5)⁽¹¹⁾ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ลักษณะของผลิตภัณฑ์ครีม: สูตรที่ 1 สำหรับกลุ่มควบคุม และสูตรที่ 2-4 สำหรับกลุ่มทดลอง

สูตร	ลักษณะทางกายภาพ-เคมี			
	สี	กลิ่น	ความข้นหนืด (cP)	ค่ากรด-ด่าง
สูตรที่ 1 ไม่มีสารสกัด)	สีขาวขุ่น	ไม่มีกลิ่น	568.33 ± 2.89	6.90 ± 0.43
สูตรที่ 2 (สารสกัด : 4%)	สีเหลืองอ่อน	ไม่มีกลิ่น	584.33 ± 2.23	6.14 ± 0.11
สูตรที่ 3 (สารสกัด : 8%)	สีเหลือง	ไม่มีกลิ่น	895.00 ± 2.13	$7.89 \pm 0.13^*$

หมายเหตุ : *ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ไม่นำไปศึกษาประสิทธิภาพ)

3. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม รายได้ ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน ระยะเวลาการประกอบอาชีพเกษตรกร ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	23	76.67	21	70.00	1.23	0.345
หญิง	7	23.33	9	30.00		
อายุ						
≤ 25	6	20.00	7	23.33	2.98	0.298
26-45	18	60.00	15	50.00		
46 ปีขึ้นไป	6	20.00	8	26.67		
กลุ่มอาชีพเกษตรกรกรรม						
นาข้าว	11	36.67	12	40.00	1.97	0.543
พืชไร่-พืชสวน	12	40.00	9	30.00		
ไม่ขึ้นต้น	7	23.33	9	30.00		



ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		x ²	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ต่อเดือน						
≤ 5,000 บาท	6	20.00	8	26.67	1.32	0.431
5,001–10,000	16	53.33	13	43.33		
10,001 ปีขึ้นไป	8	26.67	9	30.00		
ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน						
≤ 2 ชั่วโมง	8	26.67	6	20.00	2.14	0.342
3–6 ชั่วโมง	15	50.00	16	53.33		
7 ชั่วโมงขึ้นไป	7	23.33	8	26.67		
ระยะเวลาในการประกอบอาชีพเกษตรกร						
≤ 2 ปี	7	23.33	6	20.00	2.67	0.281
3–10 ปี	12	40.00	15	50.00		
11 ปีขึ้นไป	11	36.67	9	30.00		
ประวัติโรคประจำตัว						
มี	6	20.00	8	26.67	1.15	0.423
ไม่มี	24	80.00	22	73.33		
ระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา มีประวัติการเคยบาดเจ็บกล้ามเนื้อ						
เคย	20	66.67	16	53.33	3.23	1.981
ไม่เคย	10	33.33	14	46.67		

4. ผลศึกษาการระคายเคืองด้วยวิธี Closed patch test

พบว่า สูตรที่ 1 (ไม่มีสารสกัดจากลูกประคบ) และสูตรที่ 2 ไม่พบลักษณะการระคายเคือง มีค่าเฉลี่ยดัชนีความระคายเคือง (Mean irritation index-M.I.I) เท่ากับ 0.00 มีค่าน้อยกว่า 0.20 สามารถแปลผลได้ว่าทั้ง 2 สูตรไม่แสดงผลการระคายเคืองจากการทดสอบ

5. ศึกษาประสิทธิภาพการลดความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อก่อนใช้ผลิตภัณฑ์ในเกษตรกร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ



ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 6.81 ± 0.75 ค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของกลุ่มทดลองสูตรที่ 2 เท่ากับ 6.57 ± 1.20 ดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองสูตรที่ 2 พบว่า ค่าการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน มีค่า p-value เท่ากับ 0.454 ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเกษตรกรก่อนและหลังในกลุ่มทดลองสูตรที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีค่า p-value เท่ากับ 0.012 ดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังใช้ผลิตภัณฑ์ของเกษตรกร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของกลุ่มทดลองสูตรที่ 2 มีความแตกต่างกัน โดยมีค่าเท่ากับ 6.75 ± 0.89 , 3.24 ± 0.93 และ 2.26 ± 0.54 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของกลุ่มทดลองสูตรที่ 2 มีความแตกต่าง จากค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังใช้ผลิตภัณฑ์ครีมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ระหว่าง ด้วยสถิติ Independent sample t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร ก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง และก่อนและหลังของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired sample t-test

ตำแหน่งทดสอบ	n	Mean $\pm$ S.E.		t	p-value
		Before	After 4 wks		
กลุ่มควบคุม : สูตรที่ 1 (ไม่มีสารสกัด)	30	6.81 ± 0.75	6.75 ± 0.89	2.31	0.454
กลุ่มทดลอง : สูตรที่ 2 (สารสกัด 4%)	30	6.57 ± 1.20	3.24 ± 0.93	3.98	0.012*
p-value		0.453	0.034*		

หมายเหตุ: *p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการสกัดสารสกัดหยาบสมุนไพรในลูกประคบ ด้วยการนำสมุนไพรผ่านการทำความสะดวกและนำมาบดเป็นผงและหมัก (Maceration) ได้สารสกัดหยาบ (Crude extract) ที่มีลักษณะเป็นของเหลวข้นสีน้ำตาล มีความหนืดเล็กน้อย ปริมาตร 100 มิลลิลิตร ได้ %yield ของสารสกัดมีค่าเท่ากับ 4.32 โดยตัวทำละลายสามารถสกัดสารหยาบให้น้ำหนักมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิรา จิรัมย์⁽¹²⁾ ได้ศึกษาการเลือกใช้อัลกอฮอล์ที่มีช่วงก่อนข้างสูงในการเป็นตัวทำละลาย



มีความสามารถในการสกัดสารสำคัญในพืชออกมาได้นำมาพัฒนาผลิตภัณฑ์ ได้ผลิตภัณฑ์สูตรต้นแบบจำนวน 4 สูตร ตั้งทิ้งไว้เป็นระยะเวลา 24 ชั่วโมง ประเมินลักษณะทางเคมีกายภาพ พบว่า สูตรที่ 1 (ไม่มีสารสกัดจากลูกประคบ) มีลักษณะเป็นโลชั่น สีขาวขุ่น ไม่มีกลิ่น ไม่แยกชั้น และสูตรที่ 2 และ 3 มีลักษณะเป็นเนื้อโลชั่น สีเหลือง ไม่มีกลิ่น ไม่แยกชั้น ซึ่งค่า pH สูตรที่ 3 ไม่เป็นไปตามมาตรฐานของอุตสาหกรรมเอส 15-2561 จึงนำสูตรที่ 1 และ 2 ไปศึกษาการระคายเคือง ด้วยวิธี Closed patch test พบว่า ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อำพล บุญเพียร⁽¹³⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบ พบว่า มีความปลอดภัย และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผิวหนัง และมีประสิทธิภาพลดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเข้มข้นร้อยละ 4.0 เมื่อใช้ผลิตภัณฑ์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จักรกริช กล้าผจญ⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาหาประสิทธิภาพลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากสารสกัดไพล หลังใช้ 4 สัปดาห์ มีประสิทธิภาพลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มนักกีฬาที่บาดเจ็บจากการออกกำลังกาย จึงนำมาประยุกต์และศึกษาในกลุ่มเกษตรกรที่ใช้กล้ามเนื้อและเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน

ซึ่งจากการศึกษากลุ่มเกษตรกร ที่เกิดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน มีอาการบาดเจ็บทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง นำผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาโดยการนำสารสำคัญหลักที่มีสรรพคุณลดการอักเสบของกล้ามเนื้อจากลูกประคบมาเพิ่มมูลค่า โดยการแปรรูปให้สะดวกต่อการใช้งานและการเก็บรักษา สามารถช่วยลดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานของกลุ่มเกษตรกรในจังหวัดสระแก้วได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลิตภัณฑ์ครีมที่มีส่วนประกอบของสารสกัดจากลูกประคบเป็นผลิตภัณฑ์ที่นำสารสกัดหลักจากลูกประคบมาพัฒนารูปแบบให้เกิดความสะดวกต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น เป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยอาจทำการศึกษาขยายผลในกลุ่มอื่นที่มีภาวะปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มมูลค่าสมุนไพรไทยและต่อยอดในเชิงพาณิชย์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถพล แก้วนวล, บรรพต โลหะพูนตระกูล และกลางเดือน โพชนา. ความชุกของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในอาชีพต่างๆ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(2): 53-64.



2. Hossain, A., Kamrujjaman, M., & Malleque, A. Associated factors and Pattern of Musculoskeletal Pain among Male Handloom Weavers Residing in Belkuchi, Shirajgonj: A Cross sectional Study. *International Journal of Scientific & Engineering Research*. 2018; 9(10): 1447-1451.
3. Holmberg, S., Stiernstrom, E.L., Thelin, A., Svardsudd, K. Musculoskeletal symptoms among farmers and non-farmers: a population-based study. *Int J Occup and Environ Health*. 2022; 8: 339-345.
4. National Statistical Office. Informal Labor Survey 2022. 1st printing. Bangkok: National Statistical Office.
5. Office of Occupational and Environmental Diseases. Report on the situation of occupational diseases and Environment year 2016. 1st printing. Nonthaburi: Office Occupational and environmental diseases.
6. Holmberg, S., Thelin, A., Stiernstrom, E., Svardsudd, K. The impact of physical work exposure on musculoskeletal symptoms among farmers and ruralnon-farmers. *Ann Agr Environ Med*. 2023; 10:179-184.
7. Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health 2015. [Internet]. 2023 [Cited 2023 October 10]. Available from: <http://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1319220220921075430.pdf>.
8. Sa Kaeo Provincial Agriculture Office. Basic information on agriculture and cooperatives in Sa Kaeo Province Fiscal year. 2020.
9. จันทรัตน์ จาริกสกุลชัย และรัฐพล ศิลปรัศมี. ฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดจากต้นราชพฤกษ์เพื่อป้องกันภาวะการติดเชื้อทางผิวหนังในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย* 2565; 4(4): 72-78.
10. Thai Industrial Standards Institute (TISI). Herbal Body Cream/Lotion Product. THAI SMEs STANDARD 15-2018. Available Source: <https://www.tisi.go.th/assets/website/pdf/tiss/15-2561.pdf>.
11. Piluzza, G. & Bullitta, S. Correlations between phenolic content and antioxidant properties in twenty-four plant species of traditional ethnoveterinary use in the Mediterranean area. *Pharmaceutical Biology* 2011; 49(3): 240-247.
12. เจนจิรา จิรัมย์ และประสงค์ สีหานาม. อนุมูลอิสระและสารต้านอนุมูลอิสระ: แหล่งที่มาและกลไกการเกิดปฏิกิริยา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์* 2557; 1(1): 59-70.



13. อำพล บุญเพียร และลดาวัดย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิษโรจน์. การศึกษาประสิทธิผลของการนวดด้วยน้ำมันไพลและน้ำมันไพลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ในนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562; 6(1): 121-130.
14. Klaphajone, J., Chutarattana, N. & Lee, P. Efficacy of topical plai (Zingiber Cassumunar) cream extract for symptomatic relief of delayed onset muscle soreness. Biomedical Sciences and Clinical Medicine 2017; 56(2): 69-79.



ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

THE CHALLENGE OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION, SAMCHAI HOSPITAL, KALASIN: 2 CASE STUDIES

Received: December 13, 2023

Revised: March 25, 2024

Accepted: March 28, 2024

ศักดิ์สิทธิ์ พลดี^{1*}

Saksit Pontue^{1*}

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนไทย การรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชน เป็นหนึ่งในทางรอดสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การให้ยา Streptokinase ในโรงพยาบาลชุมชนช่วยเพิ่มโอกาสรอดสำหรับผู้ป่วย ในการให้ยา Streptokinase โรงพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงมีความท้าทายสำหรับพยาบาล การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 74 ปี 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้ยา Streptokinase ขณะให้ยาผู้ป่วยหมดสติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Ventricular Tachycardia แพทย์ทำ Cardioversion 100 Joule และส่งต่อไปที่โรงพยาบาลขอนแก่น

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 75 ปี 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อยเพลียความดันโลหิต 72/46 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST segment elevation lead V2-V4 แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ ให้ยากระตุ้นความดันโลหิตก่อน ให้ยา Streptokinase และส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างส่งต่อผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ 30 นาที ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างนำส่ง

คำสำคัญ: การดูแล, ส่งต่อ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือด

¹พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Registered Nurse (Nursing), Samchai Hospital, Kalasin Province

*Corresponding author E-mail: saksit12@gmail.com



Abstract

Acute myocardial infarction is the leading cause of death in Thailand. Treatment in the community hospitals can reduce the loss of life for the patient in remote service area. Thrombolytic agent as Streptokinase has high risk complication. Nursing care for patient has necessary to more competencies. This study was a descriptive study to compare the prognosis treatment and nursing compose the differences of the patients with acute myocardial infarction 2 patients in Samchai hospital, Kalasin province.

Case Study 1: Thai male 74 years old gave a story of 1 hour before coming to the hospital with having tight chest. ECG test found ST-segment elevation at Lead II, III, aVF. Physician diagnosed as inferior wall myocardial infarction. Patients received anticoagulant medicine as Streptokinase. 15 minute later, the patient loss of consciousness and changed ECG found Ventricular tachycardia. Doctors performed pulse returned to normal by cardioversion 100 joules. The patient received nursing care from problem list and successful reperfusion before referred to Khonkaen hospital.

Case Study 2: Thai female 75 year old gave a story of 4 hours before coming to the hospital with chest pain. Blood pressure 72/46 mm.Hg. ECG test found ST-segment elevation at Lead V2-V4. Physician's diagnosis is ST segment elevation myocardial infraction with cardiogenic shock. The patient received inotropes drug before receive Streptokinase. Then refer to Khonkaen hospital. The patient has deterioration on the way. She gets loose of consciousness and cardiac arrest. Team staff started advance cardiac life support for 30 minutes. Finally unsuccessful for resuscitation.

Keywords: Care, Refer, Acute myocardial infarction, Streptokinase.



บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยอันดับต้นๆ เนื่องจากเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันได้⁽¹⁾ การเข้าถึงบริการและการรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชน เป็นหนึ่งในทางรอดสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลสามชัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ที่เริ่มเปิดให้บริการ การให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยก่อนนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาเปิดขยายหลอดเลือดแดงผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention) ได้⁽²⁾ ในการให้ยา Streptokinase มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอันตรายมากด้วยเช่นกัน จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถทักษะในการดูแลเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาโดยทีมเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อม การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงมีความท้าทายสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

โรงพยาบาลสามชัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากสถิติโรงพยาบาลสามชัย จำนวนผู้รับบริการด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ปี 2563-2565 เท่ากับ 14, 9, 14 ราย ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ 0, 0, 7.14 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี 2565 จำนวนผู้ป่วย Acute coronary syndrome (ACS) รวม 14 ราย จำนวนผู้ป่วย STEMI จำนวน 7 ราย ได้ยา Streptokinase (SK) รวม 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 จำนวนผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตรวม 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.28 ของจำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด จำนวนผู้ป่วย STEMI ได้รับยา Streptokinase แล้วเสียชีวิตรวม 1 ราย ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับ Streptokinase ทั้งหมด⁽³⁾ จากข้อมูลสถิติ จะเห็นว่า โรงพยาบาลสามชัย มียอดผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวนไม่มาก แต่มีอัตราป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรกลางปีของอำเภอสามชัยที่ 25,000 คน

จากการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจในปี พ.ศ. 2559⁽⁴⁾ ได้กำหนดช่องทางด่วน (Fast track MI) ร่วมกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลสามชัยได้เตรียมความพร้อมในการเปิดให้บริการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase โดยการเตรียมทีมให้มีความพร้อม รับการฝึกอบรม และประเมินการเปิดให้บริการจากทีมแม่ข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และได้เปิดให้บริการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ในปี 2563



พยาธิสรีรวิทยาของโรค

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (ST elevation acute coronary syndrome) คือโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) เป็น ST segment elevation อย่างน้อย 2 leads ที่เกี่ยวเนื่องกัน ผู้ป่วยมักจะไม่มี Epicardial coronary flow ซึ่งหากเกิดอาการนานกว่า 30 นาที และไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว มักจะเกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI, Q-wave MI) ที่รุนแรง และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)⁽⁵⁾ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิดโดยดูจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electrocardiography) เป็นแบบ ST-segment elevation Myocardial Infarction (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ 100 และแบบ Non-ST segment elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการตีบตันที่รุนแรง⁽⁶⁾ วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรก คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นการรักษาหลักที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นวิธีการที่ยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time)⁽⁶⁾

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบการยกตัวผิดปกติช่วง ST จัดเป็นประเภทที่รุนแรงที่สุด มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือด Coronary ทำให้มีกล้ามเนื้อหัวใจไม่มีเลือดไปเลี้ยง และกล้ามเนื้อหัวใจจะตายลงอย่างรวดเร็ว การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านไป เวลาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาโรค STEMI มาก⁽⁷⁾ การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วทั้งการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้⁽²⁾ เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือการช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงโดยเร็วที่สุดเสียชีวิตที่สำคัญของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

การให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างเร่งด่วนสามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายลงได้ โดยช่วยคงความสามารถการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle function) และป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งให้ประสิทธิภาพในการเปิดขยายหลอดเลือดสูงสุด เมื่อได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมงภายหลังจากมีอาการ การให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า 1 ชั่วโมง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Hazard ratio) ถึง 20 % การให้ยาละลายลิ่มเลือดช้าเกินกว่า 30 นาที ลดอายุขัยของผู้ป่วยลง 1 ปี⁽⁸⁾ เพราะฉะนั้นการลดระยะเวลาระหว่างเริ่มเกิดอาการจนถึงเริ่มให้ยาจึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้



การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 151/2566 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ผู้ทำการศึกษาได้ขออนุญาตดำเนินการศึกษาโดยขออนุญาตจากโรงพยาบาล และการขอความยินยอมจากผู้ป่วย ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังจากรายงานกรณีศึกษาได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เชิงวิชาการ

กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 74 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาจบชั้น ป.4 สถานภาพ หม้าย อาการสำคัญ : ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดร้าวไปหลัง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร้าวไปหลังถ่ายเป็นน้ำ 4 ครั้ง อาเจียน 2 ครั้ง ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มา 3 ปี รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสามชัย ไม่ขาดยา ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการผ่าตัด : ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดน้ำในถุงน้ำดี (Cholecystectomy) เมื่อ 10 ปีก่อน

ประวัติการใช้สารเสพติด: สูบบุหรี่วันละ 10 มวน สูบมาเป็นเวลา 54 ปี ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง วันละ 1 ขวด

อาการแรกเริ่ม: ผู้ป่วยชาย รู้สึกตัวดี มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร้าวไปหลัง ร่วมกับปวดท้องถ่ายเหลวสีน้ำตาลทางทวารหนัก เดินได้ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม : ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสันทนต์ น้ำหนัก 55 กิโลกรัม สูง 150 กิโลกรัม ผิวดำคล้ำ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/67 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวด pain scale 6 คะแนน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) 98% ขณะ Room Air ปลายนิ้ว

General appearance: ชายไทย สูงอายุ รูปร่างสันทนต์ ผิวดำคล้ำ

Heart: อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 70 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur

Lung: clear equal breath sound both lung

Abdomen: mild distension, tenderness at epigastrium, no abdominal guarding

Neurological: Glasgow Coma Scale E4 V5 M6, pupil 3 mm reaction to light both eye

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiography (ECG or EKG): ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบบ 12 Lead พบมี ST segment elevation lead II, III, aVF



ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ : WBC 21,500, Hct 42%, platelet 861,000, BUN 16, Cr 1.2 GFR 59, Troponin -T 75

การวินิจฉัย : 1) STEMI: ST elevate myocardial infarction (inferior wall) 2) Acute gastroenteritis

การรักษาที่ได้รับ : ผู้ป่วยได้รับยา Isordil 5 1 tab อมใต้ลิ้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 1 tab oral, ให้ 0.9%NaCl 1000 ml iv drip 80 ml/hour และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml iv drip in 60 นาที ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 g iv stat ใส่สายสวนลงกระเพาะอาหารเพื่อสังเกตเลือดออกในกระเพาะอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine (4 mg: Dextrose in water 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour ได้รับ การกระตุกไฟฟ้าหัวใจ Cardioversion 100 joule (synchronize mode) ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง

สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
2. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือด
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 75 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป. 4 สถานภาพ หม้าย

อาการสำคัญ : แน่นหน้าอก เหนื่อยเพลีย เป็นมา 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 วันก่อน มีอาการเหนื่อยเพลีย อาเจียน 2 ครั้งถ่ายเหลว 1 ครั้ง 30 นาทีก่อนมา รพ. มีอาการเหนื่อยมากขึ้น เจ็บแน่นหน้าอก จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มา 10 ปี

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติดทุกชนิด

อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยหญิง รู้สึกล้าตัว คลื่นไส้เหนื่อยเพลีย มีอาการแน่นหน้าอก นอนราบได้

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม : ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สูง 152 กิโลกรัม สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 35.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 132 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 72/46 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวด pain scale 7 คะแนน General appearance: หญิงไทย สูงอายุ รูปร่างท้วม ผิวคล้ำสีหน้าท่าทางดูเหนื่อยเพลีย Heart: อัตราการ



เต้นของหัวใจเร็ว 130 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur Lung: clear equal breath sound both lung Abdomen: Abdominal soft, not tender, no abdominal guarding Neurological: Glasgow Coma Scale E4 V5 M6 pupil 3 mm reaction to light both eyes

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiography (ECG) :พบมี ST segment elevation lead V2-V4

ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ: WBC 9,100, Hct 36%, platelet 212,000, BUN 21, Cr 1.2 GFR 44 Troponin -T 1001

การวินิจฉัย : 1) STEMI : ST elevate myocardial infarction 2) Cardiogenic shock
การรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยได้รับยา Isordil 5 1 tab อมใต้ลิ้น และยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab รับประทานก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 1 tab oral, ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1000 ml iv load 1500 ml ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 60 นาที ใส่สายสวนลงกระเพาะอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลขอนแก่น ขณะส่งต่อผู้ป่วยอาการทรุดลงได้เข้ารับการรักษาระหว่างทางที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้รับการยา Adrenaline (10 mg: NSS 100 ml) iv drip rate 10 ml/hour ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับยา Dopamine (2:1) iv drip rate 10 ml/hour ได้รับยา 7.5% Sodium bicarbonate 50 ml iv push หลังจากนั้นผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นสู่งาน 30 นาที

สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือด
2. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase
4. เกิดภาวะช็อกและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง
5. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ
6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และโรคคุกคามชีวิต

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 74 ปี U/D DM, HT สูบบุหรี่และดื่มกาแฟ	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 75 ปี U/D DM, HT, DLP ปฏิเสธการใช้สารเสพติดและสาร



ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	เป็นประจำทุกวัน	กระตุ้นทุกชนิด
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดร้าวไปหลัง เป็นมา 1 ชั่วโมง	แน่นหน้าอก เหนื่อยเพลีย เป็นมา 4 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร้าวไปหลัง ถ่ายเป็นน้ำ 4 ครั้ง	1 วันก่อน มีอาการเหนื่อยเพลีย อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง นอนราบได้
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดร้าวไปหลังคลื่นไส้ อาเจียน 4 ครั้ง Vital signs BT 36.8 C BP 131/67 mm.Hg PR 68 /min RR 20 /min pain score 6	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อยเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง Vital signs BT 35.5 C BP 72/46 mm.Hg PR 132/min RR 24/min pain score 7
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	-ST segment elevation lead II ,III, aVF	ST segment elevation lead V2-V4
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	WBC $21.5 \times 10^3/\text{ul}$ PLT $86.1 \times 10^3/\text{ul}$ Hct 42 % ,Hb 14 g/dl Troponin T 75 ng/ml	WBC $9.1 \times 10^3/\text{ul}$ PLT $21.2 \times 10^3/\text{ul}$ Hct 36 % ,Hb 12 g/dl Troponin T 1001 ng/ml
Door to EKG time	40 นาที	2 นาที
Door to needle time	4 ชั่วโมง	1 ชั่วโมง 35 นาที
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	1) STEMI 2) Acute gastroenteritis	1) STEMI 2) Cardiogenic shock
การรักษา	-Isosorbide 5 mg 1tab SL -Aspirin 300 mg 1 tab oral stat -Clopidogrel 75 mg 1tab oral -Hydrocortisone 100 mg iv stat -Omeprazole 40 mg iv stat -Ceftriaxone 2 g iv stat	-Aspirin 300 mg 1 tab oral stat -Clopidogrel 75 mg 1tab oral stat -Hydrocortisone 100 mg iv stat -Omeprazole 40 mg iv stat -Chlorpheniramine 10 mg iv stat -Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour titrate จนถึง 50



ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	-Streptokinase 1.5 mu. ผสมใน NSS 100 ml iv drip in 1 hour -Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour -0.9%NSS 1000 ml iv drip rate 80 ml/hour -Retained NG-tube for -Retained Foley catheter -Cardioversion 100 joule (synchronize mode)	ml/hour -Streptokinase 1.5 mu. ผสมใน NSS 100 ml iv drip in 1 hour -0.9%NSS 1000 ml iv load 1500 ml then iv rate 80 ml/hour -Retained NG-tube for observe bleeding -Retained Foley catheter -Adrenaline (10 mg: NSS 100 ml) iv drip rate 10 ml/hour -Dopamine (2:1) iv drip rate 10 ml/hour -7.5% Sodium bicarbonate 50 ml iv push -On Endo-trachea tube no.7.5 deep 20 cm -CPR ตามหลัก ACLS 30 minute
การพยาบาล	1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1. ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 2. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase 4. เกิดภาวะช็อกและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง 5. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต
ผลลัพธ์การรักษา	ผู้ป่วยรอดชีวิต	ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างนำส่ง



สรุปการศึกษาเปรียบเทียบ

1. ประวัติการเจ็บป่วยแรกเริ่ม อาการและอาการแสดง มีประวัติการเจ็บป่วยที่คล้ายกัน คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยเพลีย มีคลื่นไส้อาเจียน จะมีความแตกต่างกันที่สัญญาณชีพแรกเริ่มของผู้ป่วยรายที่ 2 จะไม่คงที่ มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตต่ำตั้งแต่แรกเริ่มซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยรายแรกมีความล่าช้า เนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่ชัดเจน มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร่วมกับมีคลื่นไส้อาเจียนและถ่ายเหลว ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาแรกเริ่มเน้นไปที่โรคกระเพาะลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (Acute gastroenteritis) หลังจากที่มีการรักษาแล้วไม่ดีขึ้นจึงได้มีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2. พยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะเจ็บหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาลสอดคล้องกับพยาธิสภาพการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยรายแรกพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF ซึ่งแสดงถึงการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในส่วน of Inferior Wall Myocardial Infarction⁽²⁾ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บใต้ลิ้นปี่ ร้าวไปหลัง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดด้านนอกอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจด้านล่าง และด้านข้างขาดเลือดไปเลี้ยง ส่วนในรายที่ 2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ V2-V4 แสดงถึงการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในส่วน of Anterior wall myocardial infarction⁽²⁾ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอก มีเหงื่อออกตัวเย็นซึ่งเกิดจากหลอดเลือดเส้นซ้ายอุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านหน้าซ้ายน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยมักมีโอกาเสียชีวิตสูงถ้าได้รับการรักษาล่าช้า

3. การรักษาในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีทั้งความเหมือนและแตกต่างกัน สำหรับผู้ป่วยรายแรกอาการแรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ตลอด ไม่มีข้อห้ามในการให้ยาผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาตาม Clinical guideline for ACS มีการให้ยา Streptokinase ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน⁽²⁾ แต่ในระหว่างให้ยาผู้ป่วยได้เกิด Ventricular Tachycardia Rate 160 Beat/Min หลังทำ Synchronized Cardioversion 100 Joule อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยกลับมารู้สึกตัวอีกครั้ง หลังจากให้ยา Streptokinase ไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน BP drop 80/50 mm.Hg จึงได้ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine (4 mg; DW 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour จนผู้ป่วยอาการคงที่จึงได้นำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เพื่อทำ Primary Percutaneous Coronary Intervention ต่อไป ระหว่างนำส่งผู้ป่วยอาการคงที่ตลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ส่วนในรายที่ 2 ผู้ป่วยแรกเริ่มยังรู้สึกตัวดี แต่สัญญาณชีพของผู้ป่วยไม่คงที่ตั้งแต่แรกเริ่ม มีปัญหา BP drop ได้ทำการให้สารน้ำ แก้ไขภาวะช็อกร่วมกับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปด้วยกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาเบื้องต้น ให้ยา Clopidogrel (75 mg) 1 เม็ด



เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุ 75 ปี⁽⁷⁾ ขึ้นไปการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี 2 วิธี คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูน Primary Percutaneous Coronary Intervention ซึ่งการใช้วิธีการขยายเส้นเลือดหัวใจด้วยบอลลูนในผู้ป่วย Acute STEMI เป็นวิธีการรักษาทางเลือก สำหรับผู้ป่วยที่เกิดอาการมากกว่า 12 ชั่วโมง และในรายที่มีภาวะ Cardiogenic Shock⁽⁷⁾ แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 นี้ ผู้ป่วยมีภาวะ Cardiogenic Shock ได้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทำการแก้ไขภาวะ Cardiogenic shock โดยการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต เป็น Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip start rate 20 ml/hour titrate rate ขึ้นจน BP > 90/60 mm.Hg จึงให้ยา Streptokinase เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะทางการให้การรักษาด้วยการทำ PCI จะต้องใช้เวลาเดินทางไปที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรค STEMI ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง อายุรแพทย์โรคหัวใจจึงได้ใช้วิธีการรักษาด้วยยา Streptokinase ก่อนการนำส่งผู้ป่วยไปทำ PCI ทั้งที่ผู้ป่วยกรณีนี้ 2 มีภาวะ Cardiogenic shock ในระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้ป่วยอาการไม่คงที่ มีปัญหา BP drop ตลอดการเดินทาง ต้องได้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip 50 ml/hour ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจึงประสานโรงพยาบาลเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระหว่างทาง เพื่อนำผู้ป่วยเข้า Resuscitation ในระหว่างที่ให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นสูง ตามแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American heart association)⁽⁹⁾ แต่ไม่สามารถกู้ชีพกลับมาได้ ผู้ป่วยจึงเสียชีวิต

4. การพยาบาลผู้ป่วย มีการให้การพยาบาลที่เหมือนกันในส่วนของปัญหาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ประเด็นปัญหาทางการพยาบาล 2 ข้อนี้เกิดจากพยาธิสภาพของโรคซึ่งได้ให้การพยาบาลที่คล้ายกันในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ส่วนปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ข้อนี้เกิดขึ้นเนื่องจากแผนการรักษาที่เหมือนกันของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลที่มีความเข้มข้นสูง ส่วนประเด็นปัญหาผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นประเด็นปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งการให้การพยาบาลในผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การพยาบาลที่มีความแตกต่างกันในรายที่ 2 จะมีการเพิ่มปัญหาทางการพยาบาลใน 2 ประเด็น คือ เกิดภาวะช็อกและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการไม่คงที่ และมีอาการแย่ลงในระหว่างให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่า จึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลที่



ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าในระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

วิจารณ์

จากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกันคือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่เต็ม ที่แตกต่างกัน คือ สัญญาณชีพแรกเริ่ม ผู้ป่วยรายแรกมีสัญญาณชีพที่คงที่ ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ถึงโอกาสรอดชีวิตสูง มากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีปัญหาสัญญาณชีพผิดปกติ ตั้งแต่แรกเริ่ม คือ มีความดันโลหิตต่ำ แสดงถึงภาวะที่เกิดจากปัญหาหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ลดลง ระยะเวลาที่เข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ถือว่ามีความล่าช้าระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เกิน 12 ชั่วโมง ซึ่งตามแนวทางแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563⁽²⁾ ระบุว่าการเปิดหลอดเลือดแดงควรทำภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอก หรือ อย่างช้าไม่เกิน 12 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเกิน 12 ชั่วโมงอาจไม่จำเป็นต้องเปิดหลอดเลือดหัวใจทันที เพราะไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบสมบูรณ์แล้ว⁽⁷⁾ โดยผู้ป่วยรายแรกจะมีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ซึ่งการเข้ารับการรักษาล่าช้าทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น ส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁰⁾

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ซึ่งเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้ระบุชัดเจนว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ควรได้รับการรักษาด้วยการเปิดเส้นเลือดหัวใจภายใน 120 นาที แต่หากไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้ภายใน 120 นาที การให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ก่อนเดินทางไปเปิดเส้นเลือดหัวใจนั้น ให้ผลไม่แตกต่างจากการเปิดเส้นเลือดหัวใจโดยทันที⁽²⁾ ซึ่งโรงพยาบาลสามชัยห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 180 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 180 นาที ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ก่อนจะส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดนั้นมีผลข้างเคียงจากการให้ยา ซึ่งต้องใช้ความรู้ทักษะ ความชำนาญทั้งในระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด การให้ยาละลายลิ่มเลือดจึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เริ่มเปิดให้บริการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจัดการภาวะฉุกเฉิน

ผู้ป่วยรายแรกเกิดภาวะ Ventricular tachycardia จาก Reperfusion ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้หลังจากที่เส้นเลือดหัวใจถูกเปิดและเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อีกครั้ง ทำให้การเต้นของหัวใจ



ผิดปกติ มีบางการศึกษาให้ข้อแนะนำว่า การเกิด Ventricular tachycardia หลัง reperfusion หากผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่จำเป็นต้องทำการรักษาเพิ่มเติม ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ Ventricular tachycardia จะหายไปเอง และกลับสู่การเต้นปกติ แต่สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เป็น Sustained Ventricular tachycardia ซึ่งมีโอกาสที่จะกลายขึ้นเป็น Ventricular fibrillation และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ Cardiogenic shock ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งตามแนวทางการปฏิบัติแล้วการให้ยา Streptokinase แก่ผู้ป่วยรายนี้ ต้องจัดการภาวะช็อกจากหัวใจให้อาการคงที่ก่อน เนื่องจากการให้ยา Streptokinase ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะช็อกมากยิ่งขึ้น หลังจากปรึกษากับอายุรแพทย์โรงพยาบาลกพส. ซึ่งแนะนำให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine จนผู้ป่วยมีความดันโลหิตคงที่จึงเริ่มให้ยา Streptokinase ในระหว่างให้ยาผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา คือมีความดันโลหิตต่ำอีกครั้ง จึงได้พักการให้ยา Streptokinase และให้ยากระตุ้นความดันโลหิต จนผู้ป่วยอาการคงที่ จึงให้ยาและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาเปิดเส้นเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลขอนแก่น การดูแลผู้ป่วยรายนี้ถือว่าเป็นผู้ป่วยหนักที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้ทรัพยากรในการบริหารจัดการ ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัช เครื่องมืออุปกรณ์ในการ Resuscitation เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงที่จะหัวใจหยุดเต้นได้ตลอดเวลา การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะทำให้การรั่วของไอออนของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การนำไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ในรายที่มีพยาธิสภาพรุนแรง หัวใจจะบีบตัวผิดปกติ การเต้นหัวใจสั้นปลิวนำไปสู่การเกิด Cardiogenic Shock และ Sudden Cardiac Arrest ได้ การเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของการเกิด Cardiac Arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้เข้าระบบ FAST track STEMI⁽¹³⁾ การตรวจวินิจฉัยโรค การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อเปิดเส้นเลือดหัวใจก่อนเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการผ่าตัดเปิดเส้นเลือดหัวใจ เป็นหนึ่งในทางรอดสำหรับผู้ป่วย ถึงแม้การให้ยาผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ถือเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่เริ่มให้บริการยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งต้องให้บริการในบริบทของหน่วยบริการที่มีข้อจำกัดในเรื่องของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังอาการ รวมไปถึงบุคลากรในทีมที่มีอยู่อย่างจำกัด



แต่หากพยาบาลมีความรู้ความชำนาญ มีทักษะและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ได้รับการเปิดเส้นเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทำให้หัวใจกลับมาทำงานได้ปกติ และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปาริยา เกกينة. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต กรณีศึกษาในโรงพยาบาลกระบี่. กระบี่เวชสาร 2561; 1(1): 1-9.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์; 2563.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปีงบประมาณ 2564-2566; 2566.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
5. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์. Door-to-needle time สำหรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7: 313-319.
6. เกรียงไกร เสงร์ศิริ. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
8. Rawles JM (GREAT Group). Quantification of the benefit of earlier thrombolytic therapy: Five-year results of the Grampian Region Early Anistreplase Trial (GREAT). J Am Coll Cardiol 1997; 30: 1181-1186.
9. American Heart Association. Highlights of the 2020 American Heart Association: Guidelines for CPR and ECC. [internet]. [cited 2024 Mar 4]. Available from: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/highlights_2020eccguidelines_thai.pdf.
10. เกรียงไกร เสงร์ศิริ. สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สุขุมวิทการพิมพ์; 2555.
11. Heidi L. Lujan, Stephen E. Di Carlo. Reperfusion induced sustained ventricular tachycardia, leading to ventricular fibrillation, in chronically instrumented, intact, conscious mice. Physiological report. Pub Med Central; 2014.



12. ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวิตร สันประโคน. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต.วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2562; 14(1): 43-51.
13. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: บริษัท อัลติเมท พรินติ้ง จำกัด; 2564.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี้ยวเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000
โทร 043-019760 ต่อ 114



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

