



วารสาร วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2566

Volume 16 No.3 September - December 2023

E-ISSN 2697-4673

ISSN 1906-2605



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

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 16 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม 2566 เป็นฉบับต้นปีของการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2567 เป็นต้นปีที่คนไทยต้องรับมือ PM 2.5 เกือบทั้งประเทศ ช่วงการเฝ้าระวังสูงสุด ขอให้ทุกท่านเตรียมความพร้อมรับอากาศที่จะเย็นลง ผสมกับฝุ่น PM2.5 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จนถึงช่วงเข้าสู่ฤดูฝน ดูแลสุขภาพด้วยนะคะ หรือถ้าไม่อยากจะออกไปเจอฝุ่นหรือสัมผัสอากาศที่เย็น สามารถเข้ามาอ่านบทความวิจัยที่มีความสำคัญ ฉบับนี้จำนวน 27 เรื่อง ครอบคลุมทั้งสาขาการพยาบาล การแพทย์ ชุมชน การมีส่วนร่วม และเทคนิคการแพทย์ ซึ่งหลากหลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และจะยินดีอย่างยิ่ง หากสามารถนำงานวิชาการนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงในพื้นที่อื่นๆ ทั้งนี้ พร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.สมยศ ศรีจารนัย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.วิทยา วัฒนเรืองโกวิท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.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 เอี่ยมงำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร.สาธิตต์ แก้วบุญเรือง	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูลาวรรณ	โรงพยาบาลมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกลั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี 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
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเคษ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	วิทยาลัยการแพทย์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ธวัชชัย คาเชิงเขา	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.สุภาภักย์ เบญจชนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.อรรถสิทธิ์ ไชยณรงค์	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	วิทยาลัยการแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พญ.สิริจิตินดา กิตติศิริวัฒนกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ทพญ.ดร.อรรพรรณ นามมนตรี	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.เอี่ยมพร สุ่มมาตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
ดร.นวลปรางค์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศุภศิลป์ ศิริรักษา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้องชัย
ดร.กฤษณะ อุ่นทะโคตร	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์
ดร.เมทินี เมทนิล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การศึกษาพฤติกรรมผู้มาใช้บริการศูนย์ออกกำลังกายร่วมกับการใช้การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล: กรณีศึกษาคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา.....	1
กมลมาลย์ พลโยธา, กันทิมา ชะระภิญโญ, อัครสิทธิ์ ไชยณรงค์	
ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว.....	15
ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, ธนะวัฒน์ รวมสุก	
ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ากับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.....	30
สมเด็จ กิมากุล, กนกวรรณ กษสิทธิ์	
การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง.....	44
อาริตา สมั่นวาล, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, เฉลิมณีนุ้ย สิริเศรษฐ์ภพ	
ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคกระดูกและแนวทางการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน.....	59
ระวีวรรณ วิฑูรย์, รัชนิพร ชื่นสุวรรณ	
ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง.....	74
ปิยพร พรพนม, สุพัตรา บัวทิ, นงเยาว์ มีเทียน	
ประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหัดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล.....	88
กานต์รวี โบราณมูล, ศิราณี อิ่มน้ำขาว	
ความชุกของการเกิดอุบัติเหตุทางตาของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ	102
ญาณศิริ เมธาพิสิทธิกุล, จุฑามาศ รอมวงค์	
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์	114
น้ำทิพย์ สีก่ำ, ปุณณดา มุลศรี, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ	
การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Telemedicine NCDs on Cloud).....	127
ประเสริฐ บินตะคุ	
การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์.....	141
เมตตา สุริยะ	
การพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดเครือข่ายโรงพยาบาลโสธร.....	156
พรรณี ดุยาใส, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี..	169
ปรีชา สุวรรณทอง, วณิชชา อินทรสร, วริศา บุญเกิด	



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเลย.....	183
สิริพงษ์ วัฒนศรีทานัง, ระพีพรรณ นันทะนา, ชินกร สุจิณกุล, เข้าวรวัจน์ ราชพัฒน์	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด	198
อรพรรณ สุนทวง	
ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	211
กาฬสินธุ์.....	
วรรณภา นิตมณฑลชัย	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวาน	225
ชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยภูมิ.....	
สุพัตรา หงษ์คำ, ราชานนท์ งามใจรัก	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์.....	239
นิสากร พลະສາ	
ผลของโปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์.....	253
มกรรัตน์ หวังเจริญ, จิรพรรณ ช่อนกลิ่น, จุราพร สุรมานิต, อากัสรา มาประจักษ์	
สมรรถภาพสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ	268
เขตสุขภาพที่ 7.....	
ประภาศรี ทุมสิงห์, ถัญญา จันทร์พล, สดุดิ ภูห้อยไสย	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ	280
จังหวัดกาฬสินธุ์.....	
อภิชัย ติมานนท์, คงฤทธิ์ วันจรรยา, สม นาสอ้าน	
ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลยโสธร	292
ปัทมา กระบิลมัต, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท	
ผลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลยโสธร.....	304
สุปัญญา บุญถูก, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท	
ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการต่อทักษะการฟันยา และอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอด	318
อุดกันเรื้อรัง.....	
วรรณภา โพธิยา, สุพัตรา บัวทิ, สุรชาติ สิทธิปกรณ์	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของอาสาสมัครสาธารณสุข	333
ประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม.....	
ณัฐพล ผลโยน	
การพัฒนาศักยภาพการจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครอง	348
ส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่จังหวัดตราด.....	
ปราการ อภิบาลศรี	
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสายออ	361
อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา.....	
สุพจน์ กอบสันเทียะ	



การศึกษาพฤติกรรมผู้มาใช้บริการศูนย์ออกกำลังกายร่วมกับการใช้การสื่อสารการตลาด
แบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล: กรณีศึกษาคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

INVESTIGATING FITNESS CENTER USERS' BEHAVIORS AND INTEGRATED
MARKETING COMMUNICATIONS: A CASE STUDY OF THE FACULTY OF
SPORTS SCIENCE, BURAPHA UNIVERSITY

Received: April 09, 2023

Revised: May 30, 2023

Accepted: September 02, 2023

กมลมาลย์ พลโยธา¹, กันทิมา ชะระภิญโญ², อุตตาสิต ไชยณรงค์^{3*}

Kamonmarl Polyotha¹, Kantima Charapinyo², Austtasit Chainarong^{3*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมผู้ใช้บริการศูนย์ออกกำลังกายร่วมกับการใช้การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัลในกรณีศึกษาของคณะวิทยาศาสตร์การกีฬามหาวิทยาลัยบูรพา โดยประชากรในการวิจัยเป็นผู้ที่เข้าใช้บริการห้องออกกำลังกายจำนวน 100 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66) โดยเหตุผลหลักที่เลือกออกกำลังกาย คือ การลดน้ำหนัก โดย Facebook เป็นช่องทางอันดับต้นๆ ในการรับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการศูนย์ออกกำลังกาย การตัดสินใจของผู้เข้าร่วมที่จะใช้ศูนย์ออกกำลังกายได้รับอิทธิพลจากตัวผู้ให้บริการเป็นหลัก และความสะดวกสบายในการเดินทางเป็นเหตุผลหลักในการเลือกใช้บริการ ความถี่ในการใช้ศูนย์ออกกำลังกายพบบ่อยที่สุด คือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกมาแล้ว 5-6 เดือน

คำสำคัญ: พฤติกรรม, ศูนย์ออกกำลังกาย, การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล

¹ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Sport Science, Burapha University

² กองวิชาการเสนาธิการ กรมยุทธศึกษาทหารเรือ

Advance Academic Branch, Naval Education Department

³ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Sport Science, Burapha University

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



Abstract

The aim of this study is to investigate the behavior of fitness center users and their interaction with integrated marketing communication through digital media at the Faculty of Sports Science, Burapha University. The population consisted of the users who had accessed the fitness center of the university, with a sample size of 100 participants. A 5-point Likert scale questionnaire with a reliability of 0.84 was employed as the research instrument. Data were analyzed using percentage, mean ($\bar{x}$), and standard deviation (S.D.).

The findings revealed that the majority of the sample group was male (66%). The main reason for choosing to exercise was weight loss. Facebook emerged as the main channel for obtaining the information about the fitness center services. The decision to use the fitness center was influenced mainly by the users, and the foremost reason for choosing the service was the convenience of transportation. The most common frequency of using the fitness center was three times per week, and most users had been members for 5-6 months.

Keywords: Behavior, Fitness Center, Integrated Marketing Communication through Digital Media



บทนำ

ฟิตเนสเซ็นเตอร์หรือศูนย์ออกกำลังกาย เป็นสถานที่ให้บริการด้านการออกกำลังกายหลากหลายรูปแบบ ซึ่งในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา อุตสาหกรรมฟิตเนสเซ็นเตอร์มีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ โดยเฉพาะในแง่ของกลยุทธ์ทางการตลาดและการสื่อสาร การรวมสื่อดิจิทัลเข้ากับการสื่อสารการตลาดกลายเป็นเรื่องสำคัญโดยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ใช้ฟิตเนสเซ็นเตอร์ จากพฤติกรรมที่มีการเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดียมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลายภาคส่วนของธุรกิจต่างหันมาทำการสื่อสารการตลาดบนโลกออนไลน์ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตและเทคโนโลยีผสมผสานกัน โดยใช้โซเชียลมีเดียเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดส่งผลให้ปัจจุบันสื่อดิจิทัลมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าหรือบริการต่างๆ โดยที่ผู้บริโภคในปัจจุบันจะเปิดรับทั้งสื่อออนไลน์และออฟไลน์ อย่างการอ่านออนไลน์รีวิว ออนไลน์เสิร์ชออนไลน์วิดีโอ เว็บไซต์ของแบรนด์ โมบายเสิร์ช ผ่านการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านรูปแบบดิจิทัล (Digital Integrated Marketing Communication: DIMC) ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สร้างรายได้ เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล และสร้างการความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สร้างความเชื่อมั่นในการซื้อสินค้าหรือบริการ ในการสร้างแบรนด์สร้างผ่านโลกอินเทอร์เน็ต โดยใช้หลักการด้านโฆษณา ด้านประชาสัมพันธ์ ด้านการขายสินค้าหรือบริการ และอื่นๆ ผ่านผู้ให้บริการด้านโซเชียลมีเดียต่างๆ เช่น เฟสบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) ยูทูบ (Youtube) อินสตาแกรม (Instagram) ไลน์ (Line) ดังนั้น การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านรูปแบบดิจิทัลนับเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ใช้บริการ จึงถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการสื่อสารการตลาดในฟิตเนสเซ็นเตอร์อย่างมาก⁽¹⁾

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมผู้ใช้บริการฟิตเนสด้วยการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล จอนสัน และคณะ⁽²⁾ ได้ศึกษาการใช้ช่องทางสื่อดิจิทัล เช่น แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย และแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อเผยแพร่ข้อมูล และเพิ่มการมีส่วนร่วมกับผู้บริการใช้ฟิตเนสเซ็นเตอร์ การศึกษาได้ยืนยันว่า การใช้การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัลส่งผลดีต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการในเชิงบวก นอกจากนี้ การปรับพฤติกรรมในการเข้าฟิตเนสเซ็นเตอร์ เช่น การโพสต์รูปตนเองผ่านสื่อดิจิทัลได้กลายเป็นปัจจัยสำคัญในการดึงดูดสมาชิก⁽³⁾ การวิจัยก่อนหน้านี้ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสื่อดิจิทัลในการดึงดูดผู้ใช้บริการฟิตเนสเซ็นเตอร์ และสามารถส่งเสริมความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วมของผู้เข้าใช้บริการได้เป็นอย่างดี⁽⁴⁾ นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการทบทวนวรรณกรรมโดยนำเสนอมุมมองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เข้าใช้ฟิตเนสเซ็นเตอร์ และการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการโดยการผ่านสื่อดิจิทัล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกลยุทธ์ทางการตลาด และปรับปรุงการมีส่วนร่วมของผู้ใช้

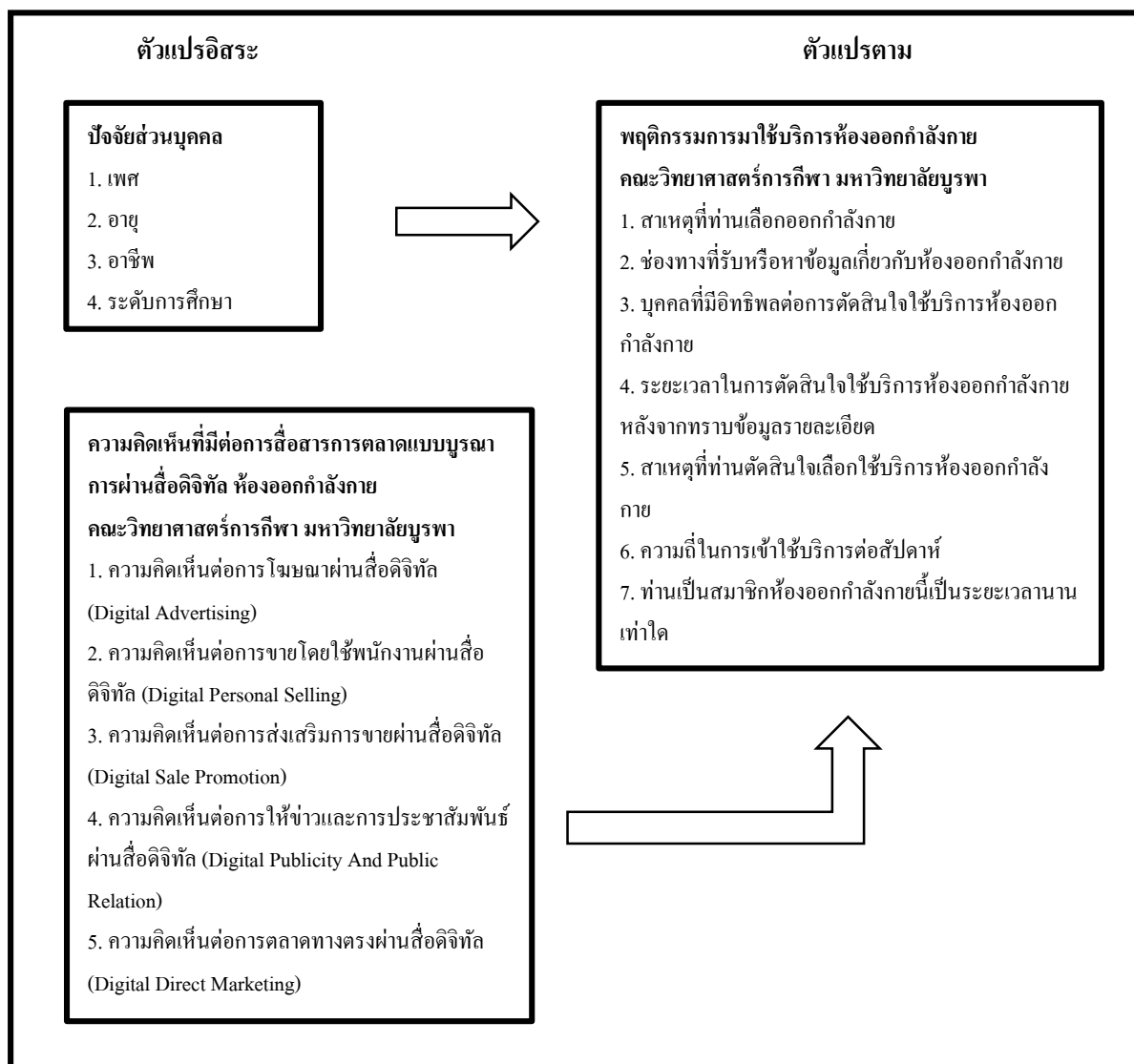
อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการเน้นศึกษาการใช้บริการฟิตเนสเซ็นเตอร์ในภาคเอกชน และยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้มาใช้บริการศูนย์ออกกำลังกาย



ภายในสถานศึกษาโดยเฉพาะในระดับมหาวิทยาลัย ด้วยสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ศึกษาพฤติกรรมผู้มาใช้บริการศูนย์ออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล กรณีศึกษา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมผู้มาใช้บริการศูนย์ออกกำลังกายร่วมกับการใช้การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล กรณีศึกษา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจพฤติกรรมผู้มาใช้บริการศูนย์ออกกำลังกายด้วยการสื่อสารการตลาดเชิงบูรณาการ: กรณีศึกษาคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้รูปแบบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research method) เป็นการเก็บข้อมูลทางสถิติ

ประชากร เป็นผู้ที่เข้าใช้บริการห้องออกกำลังกาย คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา และได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์จำนวนตัวแปรที่ศึกษาซึ่ง Schumacker and Lomax⁽⁵⁾ เสนอแนะว่า ให้ใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of thumb) คือ อัตราส่วนระหว่างตัวอย่างต่อจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรควรเป็น 10-20 ตัวอย่าง ต่อ 1 ตัวแปร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรจำนวน 5 ตัวแปร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 100 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด เพื่อใช้ในการวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการศูนย์ออกกำลังกายด้วยการสื่อสารการตลาดเชิงบูรณาการ: กรณีศึกษาคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้บริการห้องออกกำลังกาย คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล (Digital IMC) ของห้องออกกำลังกาย คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเริ่มจากการตรวจสอบความเหมาะสมตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการบริหารจัดการกีฬา การออกกำลังกาย และสื่อสารมวลชน มีค่า IOC เท่ากับ 0.78 หลังจากนั้น ทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลอง (Tryout) กับผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา รวมทั้งจำนวน 30 ราย นำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Conbrach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.84 แสดงว่า เครื่องมือวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง และสามารถนำไปใช้ในกระบวนการวิจัยต่อไปได้



การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้บรรยายเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการใช้บริการของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยจำแนกออกเป็น 5 ระดับ โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)⁽⁷⁾ มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่างๆ มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขรับรอง: 058/2563 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2563

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 66 และเป็นเพศหญิง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 34 จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า อายุ 21–25 ปี มีมากที่สุด จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 32 มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 มีอายุ 36–40 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5 มีอายุ 31–35 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4 และอายุ 26–30 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ตามลำดับ จำแนกการประกอบอาชีพ พบว่า นิสิต/นักศึกษา มีมากที่สุด จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14 พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4 และประกอบธุรกิจส่วนตัว 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2 จำแนกระดับการศึกษา พบว่า ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีมากที่สุด จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 73 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 17 ระดับระดับปริญญาโท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 และระดับระดับปริญญาเอก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมใช้บริการห้องออกกำลังกาย จำแนกตามสาเหตุที่เลือกออกกำลังกาย อันดับแรก คือ เพื่อลดน้ำหนัก จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 29.45 อันดับรองลงมา คือ สร้างกล้ามเนื้อ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 26.91 อันดับที่สาม เพื่อเพิ่มความแข็งแรงร่างกาย จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 20.36 อันดับที่สี่ เพื่อสร้างความยืดหยุ่นร่างกาย จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 16.36 อันดับที่ 5 ปัญหาสุขภาพ จำนวน 16 คน ร้อยละ 5.82 และอันดับสุดท้าย คือ อื่นๆ โดยระบุว่าตามเพื่อนมาออกกำลังกาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.09



กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมใช้บริการห้องออกกำลังกาย จำแนกตามช่องทางที่รับหรือหาข้อมูลเกี่ยวกับห้องออกกำลังกาย อันดับแรก คือ เฟสบุ๊ค จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 79.80 อันดับรองลงมา คือ อื่นๆ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 14.88 โดยระบุว่า มาสอบถามที่เคาท์เตอร์สอบถามเจ้าหน้าที่สอบถามจากเพื่อนคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา อันดับที่สาม แผ่นโฆษณา โบว์ชัวร์ ไปปลิว จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 และอันดับสุดท้าย คือ เว็บไซต์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.13

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมใช้บริการห้องออกกำลังกาย จำแนกตามบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการห้องออกกำลังกาย อันดับแรก คือ ตนเอง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 54.65 อันดับรองลงมา คือ เพื่อน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 18.60 อันดับที่สาม แฟน/คนรัก จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 14.53 อันดับสี่ คารา/บุคคลที่มีชื่อเสียง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 6.98 อันดับที่ 5 ครอบครัว/ญาติ/คนรู้จัก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.56 และอันดับสุดท้าย คือ อื่นๆ โดยระบุว่า คุณหมอมอ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมใช้บริการห้องออกกำลังกาย จำแนกตามสาเหตุที่ตัดสินใจเลือกใช้บริการห้องออกกำลังกาย อันดับแรก คือ เดินทางสะดวก จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 24.58 อันดับรองลงมา คือ ราคาเหมาะสม จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 อันดับที่สาม ความทันสมัยของอุปกรณ์ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 19.17 อันดับสี่ ใกล้ที่พัก จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 13.75 อันดับห้า มีคอร์สที่หลากหลาย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.75 อันดับหก ความมีชื่อเสียง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.83 และอันดับสุดท้าย คือ อื่นๆ โดยระบุว่า มีเพื่อนเรียนคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา/บรรยาการเป็นกันเอง/ต้องมาเพราะรายวิชาเรียน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.58

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมใช้บริการห้องออกกำลังกาย จำแนกตามความถี่ในการเข้าใช้บริการต่อสัปดาห์ อันดับแรก คือ 3 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 34.00 อันดับรองลงมา คือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 อันดับสาม 4 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 23.00 อันดับสี่ 5 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.00 และอันดับสุดท้าย 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.00

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมใช้บริการห้องออกกำลังกาย จำแนกตามระยะเวลาการเป็นสมาชิกห้องออกกำลังกาย อันดับแรก คือ 5-6 เดือน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 อันดับรองลงมา คือ มากกว่า 6 เดือน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 อันดับสาม 3-4 เดือน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 22.00 อันดับสี่ 1-2 เดือน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 และอันดับสุดท้าย น้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.00



ความคิดเห็นที่มีต่อการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล ห้างออกกำลังกาย คณะ
วิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นต่อการโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัล

(Digital Advertising)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การโฆษณาผ่านทาง Facebook และ Website หลัก เป็นการเลือกสื่อที่เหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มลูกค้าเป้าหมายอย่างครอบคลุม	4.25	0.709	มากที่สุด
2. เนื้อหาโฆษณาเกี่ยวกับเทนเนอร์ที่มีชื่อเสียงผ่านทาง Facebook และ Website หลัก สามารถสร้างความเชื่อมั่น ภาพลักษณ์ และจงใจให้เกิดความต้องการ	3.91	0.836	มาก
3. การโฆษณาผ่านทาง Facebook และ Website หลัก เป็นการแนะนำห้างออกกำลังกายและคอร์สออกกำลังกาย ช่วยให้เกิดความสนใจในทันที	4.24	0.751	มากที่สุด
เฉลี่ยรวม	4.13	0.765	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Advertising) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.765) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่องการโฆษณาผ่านทาง Facebook และ Website หลัก เป็นการเลือกสื่อที่เหมาะสม และเข้าถึงกลุ่มลูกค้าเป้าหมายอย่างครอบคลุม ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.709) รองลงมา คือ การโฆษณาผ่านทาง Facebook และ Website หลัก เป็นการแนะนำห้างออกกำลังกาย และคอร์สออกกำลังกาย ช่วยให้เกิดความสนใจในทันที มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.24$, S.D. = 0.751) และเนื้อหาโฆษณาเกี่ยวกับเทนเนอร์ที่มีชื่อเสียงผ่านทาง Facebook และ Website หลัก สามารถสร้างความเชื่อมั่น ภาพลักษณ์ และจงใจให้เกิดความต้องการมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.91$, S.D. = 0.836)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นต่อการขายโดยใช้พนักงานผ่าน
สื่อดิจิทัล (Digital Personal Selling)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การมีแอดมินเพจในสื่อ Social Network เช่น Facebook และ Website หลัก ที่พร้อมตอบคำถามช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดี	4.28	0.679	มากที่สุด
2. การที่ท่านสามารถเจรจาต่อรองกับพนักงานผ่านสื่อ เช่น อินบ็อกเฟสบุ๊ค ส่วนตัว ช่วยสร้างแรงจูงใจให้ท่านเข้ารับบริการ	4.12	0.708	มาก



ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
3. การมีแอดมินเพจในสื่อ Social Network เช่น Facebook และ Website หลัก ที่พร้อมตอบคำถามสามารถกระตุ้นให้เกิดการเข้าใช้บริการ	4.27	0.669	มากที่สุด
4. การดำเนินหรือให้ข้อเสนอแนะสามารถพูดคุยผ่านทาง Social Network เช่น Facebook และ Website หลักช่วยทำให้เกิดการแก้ไขและพัฒนาซึ่งทำให้ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและมีความสำคัญ	4.18	0.724	มาก
เฉลี่ยรวม	4.21	0.695	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อบัณฑิตด้านการขายโดยใช้พนักงานผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Personal Selling) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$, S.D. = 0.695) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่องการมีแอดมินเพจในสื่อ Social Network เช่น Facebook และ Website หลัก ที่พร้อมตอบคำถามช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดี ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.679) รองลงมา คือ การมีแอดมินเพจในสื่อ Social Network เช่น Facebook และ Website หลัก ที่พร้อมตอบคำถามสามารถกระตุ้นให้เกิดการเข้าใช้บริการ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.27$, S.D. = 0.669) รองลงมา คือ การดำเนินหรือให้ข้อเสนอแนะสามารถพูดคุยผ่านทาง Social Network เช่น Facebook และ Website หลักช่วยทำให้เกิดการแก้ไขและพัฒนาซึ่งทำให้ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง และมีความสำคัญ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = 0.724) และการที่ท่านสามารถเจรจาต่อรองกับพนักงานผ่านสื่อ เช่น อินบ็อกเฟสบุ๊กส่วนตัว ช่วยสร้างแรงจูงใจให้ท่านเข้าใช้บริการ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.708)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการขายผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Sale Promotion)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การจัดกิจกรรมทางการตลาดผ่านทาง Social Network เช่น ร่วมกิจกรรมลงรูปติด # (Hashtag) ใน Facebook สามารถดึงดูดความสนใจได้เป็นอย่างดี	4.13	0.745	มาก
2. การมีโปรโมชั่นที่หลากหลายผ่านสื่อ Social Network เช่น การซื้อ 1 คอรัส แดม 1 คอรัส สามารถกระตุ้นให้ท่านเลือกใช้บริการเร็วขึ้น	4.12	0.727	มาก
3. การมีโปรโมชั่นสำหรับสมาชิก เช่น การสะสมแต้ม เพื่อแลกของรางวัล สามารถทำให้ท่านอยากใช้บริการต่อไป	4.51	0.697	มากที่สุด
เฉลี่ยรวม	4.25	0.723	มากที่สุด



จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อบริษัทด้านการส่งเสริมการขายผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Sale Promotion) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.723) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ในเรื่องการมีโปรโมชั่นสำหรับสมาชิกเช่น การสะสมแต้ม เพื่อแลกของรางวัล สามารถทำให้ท่านอยากใช้บริการต่อไป ($\bar{x} = 4.51$, S.D. = 0.679) รองลงมา คือ การจัดกิจกรรมทางการตลาดผ่านทาง Social Network เช่น ร่วมกิจกรรมลงรูปติด # (Hashtag) ใน Facebook สามารถดึงดูดความสนใจได้เป็นอย่างดี มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.745) และการมีโปรโมชั่นที่หลากหลายผ่านสื่อ Social Network เช่น การซื้อ 1 คอร์ส แถม 1 คอร์ส สามารถกระตุ้นให้ท่านเลือกใช้บริการเร็วขึ้น มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.727)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นต่อการให้ข่าวและการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Publicity And Public Relation)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การให้ข่าวและประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Social Media เช่น Facebook, YouTube ช่วยให้คุณเกิดความสนใจในการออกกำลังกาย	4.33	0.658	มากที่สุด
2. การให้ข่าวและประชาสัมพันธ์โดยใช้บุคคลที่มีบุคลิกดี (รูปร่างหน้าตาดี) บนสื่อ Social Media ทำให้เกิดความนิยมในการออกกำลังกาย	4.26	0.804	มากที่สุด
3. มีการโหลด Clip หรือวิดีโอต่างๆ ลงใน Social Media เพื่อทำการประชาสัมพันธ์ ทำให้เกิดภาพลักษณ์เชิงบวกกับห้อง ออกกำลังกาย	4.20	0.680	มาก
4. การอัปเดตข่าวสารและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อห้องออกกำลังกาย	4.41	0.764	มากที่สุด
เฉลี่ยรวม	4.30	0.727	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อบริษัทด้านการให้ข่าวและการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Publicity And Public Relation) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.30$, S.D. = 0.727) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด การอัปเดตข่าวสาร และประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อห้องออกกำลังกาย ($\bar{x} = 4.41$, S.D. = 0.764) รองลงมา คือ การให้ข่าวและประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Social Media เช่น Facebook YouTube ช่วยให้คุณเกิดความสนใจในการออกกำลังกาย มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.658) รองลงมา คือ การให้ข่าวและประชาสัมพันธ์โดยใช้บุคคลที่มีบุคลิกดี (รูปร่างหน้าตาดี) บนสื่อ Social Media ทำให้เกิดความนิยมในการออกกำลังกาย



มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.26$, S.D. = 0.804) และมีการโหลดคลิปวิดีโอต่างๆ ลงใน Social Media เพื่อทำการประชาสัมพันธ์ ทำให้เกิดภาพลักษณ์เชิงบวกกับห้องออกกำลังกาย มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = 0.680)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นต่อการตลาดทางตรงผ่านสื่อ
ดิจิทัล (Digital Direct Marketing)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การสื่อสารทางตรงผ่านอินบ็อก Facebook สร้างความใกล้ชิดระหว่างท่านกับห้องออกกำลังกาย	4.02	0.774	มาก
2. การส่งข้อความผ่านทางอินบ็อก Facebook ทำให้ท่านรู้สึกสะดวกสบายในการติดต่อกับห้องออกกำลังกาย	4.05	0.779	มาก
3. การติดต่อสื่อสารส่วนตัวผ่านทางสื่อดิจิทัล สร้างความพึงพอใจให้แก่ท่าน เนื่องจากการได้รับการบริการที่เสมือนว่าไปเป็น คนสำคัญ	3.80	0.930	มาก
เฉลี่ยรวม	3.96	0.828	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อบัณฑิตด้านการตลาดทางตรงผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Direct Marketing) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.828) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ในเรื่องการส่งข้อความผ่านทางอินบ็อก FB ทำให้ท่านรู้สึกสะดวก สบายในการติดต่อกับห้องออกกำลังกาย ($\bar{x} = 4.05$, S.D. = 0.779) รองลงมา คือ การสื่อสารทางตรงผ่านอินบ็อก FB สร้างความใกล้ชิดระหว่างท่านกับห้องออกกำลังกาย มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.774) และการติดต่อสื่อสารส่วนตัวผ่านทางสื่อดิจิทัล สร้างความพึงพอใจให้แก่ท่าน เนื่องจากการได้รับการบริการที่เสมือนว่าไปเป็นคนสำคัญ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.930)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชายอายุไม่เกิน 25 ปี มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี เหตุผลส่วนใหญ่ที่เลือกออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และสร้างกล้ามเนื้อ และ Facebook เป็นช่องทางหลักที่ใช้ในการรับข้อมูลเกี่ยวกับสถานออกกำลังกาย ประเด็นที่น่าสนใจ คือ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ตัดสินใจใช้บริการสถานออกกำลังกายด้วยตัวเอง ซึ่งบ่งชี้ว่า เกิดจากแรงจูงใจภายใน ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความสะดวกสบายรวมถึงค่าสมาชิกก็เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจในการใช้บริการ โดยรวมแล้ว



การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเข้าใจพฤติกรรมของผู้มาใช้บริการ เพื่อให้การบริการตรงกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ทั้งนี้ สถานออกกำลังกาย สามารถดึงดูดผู้รับบริการ ด้วยความชอบส่วนตัว และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ใช้บริการในแต่ละบุคคล

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมผู้มาใช้บริการศูนย์ออกกำลังกายร่วมกับการใช้การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัล: กรณีศึกษาคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ความคิดเห็นของผู้บริโภคที่มีต่อการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัลของห้องออกกำลังกาย คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า 1) การโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัลส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการห้องออกกำลังกาย อย่างการโฆษณาผ่านทาง FB, IG และ Website หลักที่ผู้บริโภคมองเห็นว่า เป็นการเลือกสื่อที่เหมาะสม และเข้าถึงกลุ่มลูกค้าเป้าหมายอย่างครอบคลุม เพราะในปัจจุบันการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตนั้นมีความรวดเร็ว และเผยแพร่ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งผลการศึกษา มีความสอดคล้องกับ คณาธิป จิระสัญญาณสกุล⁽⁸⁾ ซึ่งกล่าวว่า การโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัลในศูนย์ออกกำลังกายของมหาวิทยาลัย เป็นกลยุทธ์ทางการตลาด เพื่อดึงดูดผู้ให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การขายโดยใช้พนักงานผ่านสื่อดิจิทัล แสดงให้เห็นว่า การขายโดยใช้พนักงานผ่านสื่อดิจิทัลนั้นมีผลต่อผู้บริโภคในการตัดสินใจ เพื่อมาใช้บริการการออกกำลังกาย ช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดี มีการใช้พนักงานตอบคำถามที่ผู้บริโภคสงสัย หรืออยากสอบถาม สอดคล้องกับ เลออน-ควิสมอนโด และคณะ⁽⁹⁾ ว่า ประโยชน์การบูรณาการการสื่อสารการตลาดผ่านสื่อดิจิทัลในศูนย์ออกกำลังกาย คือ ผู้ใช้บริการสามารถมีส่วนร่วม และเพิ่มประสบการณ์ในการออกกำลังกายแบบกลุ่ม โดยการสร้างกลุ่มสัมพันธ์ในการออกกำลังกายได้ 3) การส่งเสริมการขายผ่านสื่อดิจิทัล แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการขายผ่านสื่อดิจิทัลควรปรับเปลี่ยนไปตามกระแสนิยมของคนรุ่นใหม่ที่หันมาใส่ใจกับการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการ์เซีย เฟอ์นันเดส และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาการใช้โซเชียลมีเดียในฟิตเนสเซ็นเตอร์ว่า สามารถสื่อสารกับผู้ให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การส่งเสริมการขายผ่านสื่อดิจิทัลด้วยการจัดทำแผนการออกกำลังกายส่วนบุคคล จะสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่นในการออกกำลังกายมากขึ้น 4) การให้ข่าวและการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อดิจิทัล มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการห้องออกกำลังกาย แสดงให้เห็นว่า การให้ข่าว และการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อดิจิทัล มีผลต่อผู้บริโภคในการตัดสินใจใช้บริการห้องออกกำลังกาย ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี มีความสอดคล้องกับ โทมาร์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการด้านการให้ข่าวและประชาสัมพันธ์มากที่สุด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจใช้บริการของผู้ใช้บริการ และมีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ให้บริการ 5) การตลาดทางตรงผ่านสื่อดิจิทัล แสดงให้เห็นว่า การตลาด



ทางตรงผ่านสื่อดิจิทัล มีผลต่อผู้บริโภคในการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ออกกำลังกาย สอดคล้องกับดาเนียล วินเซนซ์ นาโม⁽¹²⁾ ที่ศึกษาสื่อสารการตลาดทางตรงผ่านข้อความแชท ทำให้ผู้ใช้บริการนั้นมีความรู้สึกสะดวกต่อการติดต่อสื่อสาร และสามารถเข้าถึงตัวผู้ใช้บริการได้โดยตรง

การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการผ่านสื่อดิจิทัลมีศักยภาพที่จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของศูนย์ออกกำลังกายของมหาวิทยาลัย และความพึงพอใจของผู้ใช้ การใช้กลยุทธ์การตลาดดิจิทัล สื่อดิจิทัล สามารถช่วยให้ศูนย์ออกกำลังกายของมหาวิทยาลัยมีส่วนร่วมในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปรับปรุงพฤติกรรมของการออกกำลังกายในเชิงบวกโดยรวมของผู้ที่มาใช้บริการ การบูรณาการการสื่อสารการตลาดผ่านสื่อดิจิทัลในศูนย์ออกกำลังกายของมหาวิทยาลัยถือเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะจากวิจัย

ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการเปรียบเทียบกับสื่อประเภทต่างๆ ทั้งในด้านของเทคโนโลยี หรือเทคนิคในการนำเสนอต่างๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้บริการศูนย์ออกกำลังกาย เพื่อให้ทราบกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อพฤติกรรมผู้ใช้บริการศูนย์ออกกำลังกายของมหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่องนี้ ได้รับทุนอุดหนุนโครงการวิจัยจากเงินรายได้จาก คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารอ้างอิง

1. Khondeejeerarat O. Perception of integrated marketing communication affecting behavior in using services of fitness centers in Nakhon Pathom Province . JMSNPRU [Internet]. 2019 Jun. 26 [cited 2023 Apr. 7];6(1):271-84. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMSNPRU/article/view/197903>
2. Sang-Aram N, Supachot-Thamjaree W, Boonamma P, Binsodaoh A. The influence of sports marketing communication on brand equity. J Mod Manag Sci. 2020;13(2):45-55. doi: <https://doi.org/10.14456/jmms.2020.12>.



3. Honary M, Bell B, Clinch S, Wild S, McNaney R. Understanding the role of healthy eating and fitness mobile apps in the formation of maladaptive eating and exercise behaviors in young people. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019;7(6):e14239. Available from: <https://mhealth.jmir.org/2019/6/e14239>. doi: 10.2196/14239.
4. Ninpala P, Gulthawtvichai S. Factors affecting the intention to use personal training services among fitness center members in Bangkok, Thailand. *J Sports Sci Health*. 2020;21(1):97-110. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/spsc_journal/article/view/241518/164471
5. Schumacker RE, Lomax RG. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling: Fourth Edition (2nd ed.). Psychology Press; 2004. <https://doi.org/10.4324/9781410610904>
6. Hair JF Jr, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis (7th Edition). 7th ed. Pearson Prentice Hall; 2010.
7. Likert R. New Patterns of Management. McGraw-Hill; 1961.
8. Jirasanyansagul K. An integrated marketing communication of sport associations in the professional sport development plan in Thailand. *HRD J*. 2015;6(2):19-29. Available from: <https://opac1.lib.buu.ac.th/medias3/hrd6n2p19-29.pdf>
9. León-Quismondo J, García-Unanue J, Burillo P. Best Practices for Fitness Center Business Sustainability: A Qualitative Vision. *Sustainability* [Internet]. 2020 Jun 22;12(12):5067. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/su12125067>
10. García-Fernández J, Elasmri-Ejaberi A, Pérez-Tur F, Triadó-Ivern XM, Herrera-Torres L, Aparicio-Chueca P. Social networks in fitness centres: the impact of fan engagement on annual turnover. *J Phys Educ Sport*. 2017 Oct;17(164):1068-1077. DOI: 10.7752/jpes.2017.03164
11. Tomar AS, Chanda R. The impact of influencer marketing in the fitness industry on consumer trust. *Eur J Mol Clin Med*. 2020;7(9):1900-1911. ISSN 2515-8260. Available from: https://ejmcm.com/pdf_5456_0fe832e8ebd18cfa8261af8a87a5ccdb.html
12. Nyamai DV. Literature Review: Social Media Influencers and Fitness Services Marketing. 2022. Available from: https://www.academia.edu/91330927/Literature_Review_Social_Media_Influencers_and_Fitness_Services_Marketing



ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

FACTORS AFFECTING THE CARING COMPETENCY OF OLDER PEOPLE AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN THE EASTERN REGION: A CASE STUDY OF WANG SOMBUN DISTRICT, SA KAEO PROVINCE

ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ^{1*}, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ²,

ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน², ธนะวัฒน์ รวมสุก¹

Chunthip Ploysuwan^{1*}, Rattanachai Pechsombut²,

Duangrat Luangon², Tanawat Ruamsook¹

Received: May 01, 2023

Revised: September 25, 2023

Accepted: October 02, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ของผู้สูงอายุ จำนวน 245 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 21 การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 17 และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 22 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ควรให้การส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นเรื่องการนำครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สมรรถนะการดูแล, ผู้สูงอายุ, ภาคตะวันออก

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

Faculty of Nursing Sciences, Kasem Bundit University

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

Wang Somboon District Public Health Office, Sa Kaeo Province

*Corresponding author E-mail: chunthip.ploysuwan@gmail.com



Abstract

The purpose of this research was to study predisposing, enabling and reinforcing factors affecting the caring competency of older people among village health volunteers (VHVs) in Wang Sombun district, Sa Kaeo province. The participants consisted of 245 VHVs selected by a stratified random sampling technique and analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, Pearson, Pearson's product-moment correlation coefficient, and multiple linear regression analysis.

The participants had high level scores of caring competencies. For predictive Knowledge of older people care, attitudes towards caring for the older people were 21 percent of village health volunteers competency, older people care policy perception, access to information were 17 percent of village health volunteers competency, staff support was 22 percent of village health volunteers competency. These findings suggest that staff should promote village health volunteers, by focusing on family participation village health volunteers for the caring competency of older people.

Keywords: Village Health Volunteers, Competency Care, Older People, Eastern Region



บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีความสนใจในการเข้ามาปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจำเป็นจะต้องมีความรู้ความสามารถที่จะสามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับพื้นที่เป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ แต่เมื่อหันกลับมาย้อนดูภูมิหลังของ อสม. ที่แต่ละท่านมีพื้นฐานองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น การปรับพื้นฐานหรือการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ อสม. จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้การบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด พร้อมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน และสอดคล้องกับบริบทของด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน⁽¹⁾ ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทสำคัญเชิงรุกในการขับเคลื่อน และจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

รัฐบาลจึงได้ให้ความสำคัญกับ อสม. ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มีการสร้างฐานข้อมูล และประเมินผลสำหรับการพัฒนา อสม. แบบเป็นระบบ และอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบว่า อสม. ปฏิบัติหน้าที่แล้วมีปัญหา อุปสรรค และต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง โดยเน้นด้านนโยบายในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. เชิงรุกอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน⁽²⁾ การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ถือเป็นการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทหน้าที่ มีความรู้ เชี่ยวชาญในสาขาอาชีพที่ปฏิบัติอยู่ มีทักษะ และทัศนคติที่ดีในการให้บริการ และต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก⁽³⁾ และมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของ อสม. เช่น เพศ การได้รับความรู้ จากการอบรม แรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ การได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานแรงจูงใจ และปัจจัยจำวนในการปฏิบัติงาน⁽⁴⁾ การศึกษาการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า ระบบ และกลไกในการขับเคลื่อน คือ การสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ และพัฒนาสมรรถนะ⁽⁵⁾

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: กรณีศึกษาอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงตระหนักว่าหาก อสม. ในชุมชนได้มีการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นเพื่อนำไปส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ในการดูแลผู้สูงอายุ การเสริมสร้างสุขภาพต้องอาศัยองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชน ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การสร้างเสริม



สุขภาพ โดยนำแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model⁽⁶⁾ ที่มีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. แต่ละคนนั้นเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุก็เป็นการแสดงออกของสมรรถนะนั่นเอง ดังนั้น การพัฒนา อสม. เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะนำพาองค์กรสาธารณสุขไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ที่มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยนำแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการได้รับการอบรม ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาใช้ศึกษาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ใน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว จำนวนรวมทั้งหมด 601 คน⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ใน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย สสอ. วังสมบูรณ์ รพ.สต. ชับสิงโต รพ.สต. หุ่นกบินทร์ รพ.สต. บ้านวังใหม่ รพ.สต. บ้านถวายนเฉลิมพระเกียรติ รพ.สต. คลองเจริญสุข และ รพ. วังสมบูรณ์ โดยเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie and Morgan⁽⁸⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 245 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยให้หน่วยงานที่สังกัดของ อสม. ประจำหมู่บ้านเป็นเกณฑ์



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย แบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ตอน ได้แก่ 1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามปลายปิดแบบ Check List มีลักษณะเป็นแบบสำรวจ 2) ตอนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ให้เลือกตอบใช่ และไม่ใช่ และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ 3) ตอนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การรับรู้ นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ ให้เลือกตอบใช่ และไม่ใช่ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ 4) ตอนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนของ ครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และ 5) ตอนที่ 5 สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ โดยตรวจสอบความชัดเจนในการใช้ภาษา และครอบคลุมของ เนื้อหาที่ต้องการวัด และเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Item Content Validity Index: I-CVI)⁽⁹⁾ ว่า มีความสอดคล้องกับทฤษฎี และเนื้อหาหรือไม่ โดยพิจารณาจากมาตรประเมินความสอดคล้อง 4 ระดับ ตั้งแต่ 1) ไม่สอดคล้อง 2) สอดคล้องบางส่วน 3) ค่อนข้างสอดคล้องมาก 4) มีความสอดคล้องมาก ซึ่งนับเฉพาะ 3-4 คะแนนเท่านั้น มาคำนวณหาค่า I-CVI ดังนี้

$$I-CVI = N_i/N$$

แล้วนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อหาค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และหาค่าความเชื่อมั่น โดยมีผลการทดลองแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ สามารถนำแบบสอบถามฉบับนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยได้ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย (Try Out)

เครื่องมือการวิจัย	I-CVI	ค่าความเชื่อมั่น	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความยากง่าย	ผลที่ได้
แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ	1.00				
- ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ	1.00	0.87	0.33-0.60	0.40-67	ผ่าน
- ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ	1.00	0.83	0.23-0.60	-	ผ่าน
แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ	1.00				
- การรับรู้ นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ	1.00	0.85	0.36-0.79	0.37-57	ผ่าน
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ	1.00	0.78	0.28-.082	-	ผ่าน
แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม	1.00				
- การสนับสนุนของครอบครัว	1.00	0.86	0.38-0.72	-	ผ่าน
- การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.00	0.76	0.31-0.57	-	ผ่าน
สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ	1.00	0.87	0.23-.077	-	ผ่าน



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติไคสแควร์ และตัวแปรระดับการศึกษา ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้ นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. โดยใช้ค่าทางสถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัย และงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 26/2565 ได้รับการรับรองวันที่ 13 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอสองแคว จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยสามารถจำแนกผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.10 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 35.90 ($\bar{X} = 50.73$, $SD = 9.59$, $Min = 50.73$, $Max = 51$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.00 จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.10 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 53.10 มีรายได้ต่อเดือน (โดยประมาณ) 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 50.20 ($\bar{X} = 7,124.53$,



SD = 5,810.57, Min = 1,000, Max = 30,000) โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90.20 มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.30 ($\bar{X}$ = 12.13, SD = 8.36, Min = 1, Max = 30) ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 86.50 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 77.60 และมีประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 79.60

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำเข้าที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 33.10 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 77.60 และมีประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 79.60 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.00 ($\bar{X}$ = 17.08, SD = 2.16, Min = 13, Max = 20) และมีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.21, SD = 1.14)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.4 ($\bar{X}$ = 14.36, SD = 1.50, Min = 9, Max = 15) และมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.04, SD = 1.10)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสริมที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 1.10) และมีการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.08, SD = 1.18)

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.76, SD = 0.85)

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงใต้: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อทดสอบสมมติฐาน

6.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติไคสแควร์ และตัวแปรจำนวนปีที่ศึกษา ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ตัวแปรต้นทั้ง 9 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน 0.85 (ค่า $r = < 0.85$)⁽¹⁰⁾ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3



ตารางที่ 2 แสดงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น โดยใช้สถิติไคสแควร์

ตัวแปร	Value	df	Asymp. Sig.(2-sided)
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา 6 เดือน*สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.			
Pearson Chi-Square	58.57**	4	0.00
Likelihood Ratio	57.42	4	0.00
Linear-by-Linear Association	20.46	1	0.00
N of Valid Cases	245		
ประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.			
Pearson Chi-Square	29.15**	4	0.00
Likelihood Ratio	40.60	4	0.00
Linear-by-Linear Association	15.55	1	0.00
N of Valid Cases	245		

** p-value < 0.01

จากตารางที่ 2 พิจารณาค่า Pearson Chi-Square พบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา 6 เดือน มีค่าไคสแควร์ เท่ากับ 58.57 มีค่า P-Value เท่ากับ 0.00 และประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าไคสแควร์ เท่ากับ 29.15 ค่า p-value เท่ากับ 0.00 ดังนั้น ตัวแปรทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ระดับการศึกษา	1.00	0.03	0.23**	0.25**	0.19**	0.29**	0.27**	0.20**
2. ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ	0.03	1.00	0.06	0.46**	-0.02	0.17**	0.25**	0.19**
3. ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ	0.23**	0.06	1.00	0.22**	0.84**	0.79**	0.83**	0.39**
4. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ	0.25**	0.46**	0.22**	1.00	0.15*	0.27**	0.31**	0.35**
5. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ	0.19**	-0.02	0.84**	0.15*	1.00	0.74**	0.77**	0.33**
6. การสนับสนุนของครอบครัว	0.29**	0.17**	0.79**	0.27**	0.74**	1.00	0.84**	0.45**
7. การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.27**	0.25**	0.83**	0.31**	0.77**	0.84**	1.00	0.46**
8. สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.	0.20**	0.19**	0.39**	0.35**	0.33**	0.45**	0.46**	1.00

* p-value < 0.05, ** p-value < 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุด ($r = 0.20$) ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ($r = 0.19$) ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ ($r = 0.39$) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ ($r = 0.35$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ ($r = 0.33$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r = 0.45$) และ



การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($r = 0.46$) มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6.2 การทดสอบสมมติฐานใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) สามารถวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทดสอบ ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ จำนวนปีที่ศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบปัจจัยนำเข้าที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

Model	Sum of Squares	df	Mean	F	Sig.
Regression	42.55	5	8.51	12.44 **	0.00
Residual	163.45	239	0.68		
Total	206.00	244			

** p-value < 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่า ความถดถอยพหุคูณสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ด้วยเทคนิค Enter มีค่า Sig. เท่ากับ 0.00 จึงปฏิเสธสมมติฐานหลัก ยอมรับสมมติฐานรอง หมายความว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรต้น คือ ปัจจัยนำเข้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถสร้างสมการเส้นตรงได้

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุกับปัจจัยนำเข้า จำแนกตามรายด้าน

Variable:	B	SE	β	t	Sig
ค่าคงที่ (Constant)	1.73	0.61		2.81 **	0.00
จำนวนปีที่ศึกษา (x_1)	0.07	0.04	0.11	1.77	0.08
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (x_2)	-0.19	0.17	-0.09	-1.11	0.27
ประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (x_3)	-0.19	0.16	-0.08	-1.16	0.25
ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ (x_4)	0.48	0.17	0.16	2.80 **	0.00
ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ (x_5)	0.23	0.06	0.28	4.10 **	0.00
$r = 0.45$	$Adj R^2 = 0.19$	$R^2 = 0.21$			
$F = 12.44$	$SE = 0.83$	$Sig = 0.00$			

** p-value < 0.01



จากตารางที่ 5 พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ (0.48) และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ (0.23) โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรนี้ สามารถร่วมกันทำนายผลที่มีต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้อย่าง 21 ($R^2 = 0.21$) และค่า Sig. เท่ากับ 0.00 ผู้วิจัยจึงได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (B) ของตัวทำนายมาเขียนเป็นสมการความสัมพันธ์ของสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ดังนี้

$$\hat{Y} = 1.73 + (0.07)X_1 - (0.19)X_2 - (0.19)X_3 + (0.48)X_4^{**} + (0.23)X_5^{**}$$

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

Model	Sum of Squares	df	Mean	F	Sig.
Regression	40.46	2	20.23	29.58 ^{**}	0.00
Residual	165.54	242	.68		
Total	206.00	244			

** p-value < 0.01

จากตารางที่ 6 พบว่า ความถดถอยพหุคูณสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ด้วยเทคนิค Enter มีค่า Sig. เท่ากับ 0.00 จึงปฏิเสธสมมติฐานหลัก ยอมรับสมมติฐานรอง หมายความว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรต้น คือ ปัจจัยเอื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถสร้างสมการเส้นตรงได้

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุกับปัจจัยเอื้อ จำแนกตามรายด้าน

Variable:	B	SE	β	t	Sig
ค่าคงที่ (Constant)	1.21	0.36		3.37 ^{**}	0.00
การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ (x_0)	0.63	0.12	0.30	5.22 ^{**}	0.00
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ (x)	0.23	0.05	0.28	4.79 ^{**}	0.00
$r = 0.44$	$Adj R^2 = 0.19$		$R^2 = 0.17$		
$F = 29.58$	$SE = 0.83$		$Sig = 0.00$		

** p-value < 0.01



จากตารางที่ 7 พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ (0.63) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ (0.23) โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายผลที่มีต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 17 ($R^2 = 0.17$) และค่า Sig. เท่ากับ 0.00 ผู้วิจัยจึงได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (B) ของตัวทำนายมาเขียนเป็นสมการความสัมพันธ์ของสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ดังนี้

$$\hat{Y} = 1.21 + (0.63)X_6^{**} + (0.23)X_7^{**}$$

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัวและการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. แตกต่างกัน

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบปัจจัยเสริมที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.

Model	Sum of Squares	df	Mean	F	Sig.
Regression	46.13	2	23.07	34.91 **	0.00
Residual	159.87	242	0.66		
Total	206.00	244			

** p-value < 0.01

จากตารางที่ 8 พบว่า ความถดถอยพหุคูณสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ด้วยเทคนิค Enter มีค่า Sig. เท่ากับ 0.00 จึงปฏิเสธสมมติฐานหลัก ยอมรับสมมติฐานรอง หมายความว่า สมรรถนะ ในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรต้น คือ ปัจจัยเสริม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถสร้างสมการเส้นตรงได้

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุกับปัจจัยเสริม จำแนกตามรายด้าน

Variable:	B	SE	β	t	Sig
ค่าคงที่ (Constant)	2.30	0.20		11.79**	0.00
การสนับสนุนของครอบครัว (x_8)	0.16	0.09	0.20	1.90	0.06
การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (x_9)	0.22	0.08	0.30	2.83**	0.00
$r = 0.48$	$Adj R^2 = 0.22$	$R^2 = 0.22$			
$F = 34.91$	$SE = 0.81$	$Sig = 0.00$			

** p-value < 0.01



จากตารางที่ 9 พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (0.22) โดยตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายผลที่มีต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 22 ($R^2 = 0.22$) และค่า Sig. เท่ากับ 0.00 ผู้วิจัยจึงได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (B) ของตัวทำนายมาเขียนเป็นสมการความสัมพันธ์ของสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ดังนี้

$$\hat{Y} = 2.30 + (0.16)X_8 + (0.22)X_9^{**}$$

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และด้านทักษะคิดต่อการดูแลร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 21 ซึ่งอาจเป็นเพราะ อสม. ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานของ อสม. ในความรับผิดชอบ รวมถึง อสม. มีจิตอาสา จิตสาธารณะ ชอบช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนสมัครใจ และเสียสละเข้ามาช่วยเหลือการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเข้ามาทำงานด้วยความเต็มใจ จึงส่งผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. สอดคล้องกับงานวิจัยของนาฎยา นุชนารถ และคณะ⁽³⁾ ที่พบว่า ความรู้เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมสมรรถนะเนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเพิ่มพูนความรู้ ซึ่งจะนำไปสู่สมรรถนะในการให้บริการ ปัจจุบันได้มีการส่งเสริมความรู้ให้กับ อสม. ผ่านกิจกรรม โครงการต่างๆ ทั้งใน และนอกหน่วยงานที่เข้าไปมีส่วนในการส่งเสริม แต่อย่างไรก็ตามอาจต้องมีการวิเคราะห์ความต้องการองค์ความรู้ของ อสม. เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของฉิษารีย์ พิริยจรัสชัย⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ และมีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



2. ปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 17 ซึ่งอาจเป็นเพราะ อสม. ให้ความสำคัญในการรับรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะเรื่องบทบาทหน้าที่ของ อสม. เพิ่มขึ้น ด้วยการกระจายข้อมูลผ่านการประชุมชี้แจง บันทึกข้อความแจ้งในสื่อสังคมออนไลน์ แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นการยืนยันจุดมุ่งหมายของการปฏิบัติงานและช่วยให้การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น จึงส่งผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. สอดคล้องกับงานวิจัยของเกษสุวรรณ สังกัวิท⁽¹²⁾ ที่พบว่า การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ เพราะส่วนบุคคลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ได้รับการประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของวรัชญา ทิพย์มัลย์⁽¹³⁾ ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุและอำนวยความสะดวกหรือให้ข้อมูลข่าวสารสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยสนับสนุนให้มีการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้หรือค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ ดังนั้น อสม. ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นบุคคลที่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้เป็นอย่างดี

3. ปัจจัยเสริมการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ร้อยละ 22 ซึ่งอาจเป็นเพราะ อสม. ได้รับการสนับสนุนด้วยวิธีต่างๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การช่วยกระตุ้นให้ อสม. ได้พัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประกวดแข่งขันในระดับต่างๆ รวมไปถึงได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ จึงส่งผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. สอดคล้องกับงานวิจัยของยุทธนา แยกคาย⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หรือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ได้ร้อยละ 57 สามารถนำไปใช้พัฒนาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการรับรูบทบาท และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม และสอดคล้องกับงานวิจัยของมลวิภา กาศสมบูรณ์⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ หน่วยงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรพัฒนาระบบนิเทศติดตามให้มีความสอดคล้องต่อเนื่องพร้อมทั้งสนับสนุนวิชาการ วัสดุ-อุปกรณ์ และข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขในการปฏิบัติงานรวมทั้งยกย่องเชิดชูเกียรติ และประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานดีเด่นเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในปฏิบัติงานของ อสม.



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งเสริมความรู้ให้ครอบคลุมทุกด้าน และเป็นประจำ เพื่อการส่งเสริมสมรรถนะของ อสม. และให้ครอบครัวของ อสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการอบรม หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้น
2. ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม.

เอกสารอ้างอิง

1. นูไรฮัน ฮะ. ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารการประชุมเตรียมความพร้อมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเข้าร่วมจัดระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/downloads/37>
3. นาฏยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์, สุเทพ เชาวลิท. การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ 2561; 6(2): 768-779.
4. ปรารค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช้างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 31(1): 16-28.
5. วรัญญา จิตรบรรทัด, พิมพรรณ เรืองพุทธ, สุพัตรา สหายรักษ์, วัฒนา วาระเพียง. โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4808>
6. Green, I. W., Kreuter, M. W. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอสมอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/tambon.php?id=2709>
8. Krejcie, R. V., Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Journal Education and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-610.



9. Ayre, C., Scally, J. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 2014; 47: 79-86.
10. Munro, B. H. *Statistical methods for health care research*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005.
11. นิษชาวิทย์ พริยจรัสชัย, ศิริพันธุ์ ลำศักดิ์. ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561;19 (ฉบับพิเศษ): 231-40.
12. เกษสุวรรณ สักหาวิทย์. สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *นันทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช* 2561.
13. วรัชญา ทิพย์มัลย์. พฤติกรรมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุ ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์. *วารสารการจัดการและการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี* 2562: 6(2). 247-264.
14. ยุทธนา แยกคาย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี* 2561; 42(2): 179-186.
15. มลวิภา กาศสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ* 2560; 29(2): 108-112.



ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ากับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ATTITUDES AND BEHAVIOR OF ELECTRONIC CIGARETTES CONSUMPTION WITH GUIDELINES FOR PREVENTING THE CONSUMPTION OF ELECTRONIC CIGARETTES OF CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY STUDENTS

Received: August 11, 2023

Revised: September 25, 2023

Accepted: October 02, 2023

สมเด็จ ภิมากุล¹, กนกวรรณ คชสีห์²

Somdet Phimaikun^{1*}, Kanokwan Kotchasee²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ากับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-5 จำนวน 425 คน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย การหาค่าความเที่ยงตรง (Item-Objective Congruence : IOC) และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$, S.D.= 0.55) พฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.14$, S.D.= 0.95) แนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา มี 5 ประเด็น คือ (1) การณรงค์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ (2) สร้างกฎระเบียบ (3) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ดี (4) การจัดการเรียนรู้ (5) การจัดกิจกรรมต่างๆ

ข้อเสนอแนะ มหาวิทยาลัยที่สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนกิจกรรม การจัดทำแผนหรือนโยบายเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาได้

คำสำคัญ: ทัศนคติ, พฤติกรรม, การบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า

¹ นักวิชาการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Educator, Faculty of Education, Chiang Mai Rajabhat University

² อาจารย์สาขาสถาปัตยกรรม คณะศิลปกรรมและสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

Lecturer, Department of Architecture, Faculty of Arts and Architecture, Rajamangala University of Technology Lanna

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



Abstract

This research is a mixed method research (Mixed Method) with the objective of studying attitudes and behavior in consuming Electronic cigarettes and guidelines for preventing Electronic cigarette consumption among students at Chiang Mai Rajabhat University. The sample group was 425 undergraduate students in years 1-5. The quality of the tools was checked by Finding precision (Item-Objective Congruence: IOC) and finding confidence values (Reliability).

The research results found that Students' attitudes towards Electronic cigarette consumption were at a moderate level ($\bar{X} = 2.88$, S.D.= 0.55). Electronic cigarette consumption behavior of students is at a low level ($\bar{X} = 2.14$, S.D.= 0.95). Guidelines for preventing the consumption of Electronic cigarettes by students include 5 issues: (1) campaigning through various public relations media (2) creating regulations (3) developing a good environment (4) Learning management (5) organizing various activities.

Suggestions: Universities under the Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation the research results can be used as guidelines for developing activity plans. Creating a plan or policy regarding guidelines for preventing student electronic cigarettes consumption.

Keywords: Attitude, Behavior, Electronic Cigarette Consumption



บทนำ

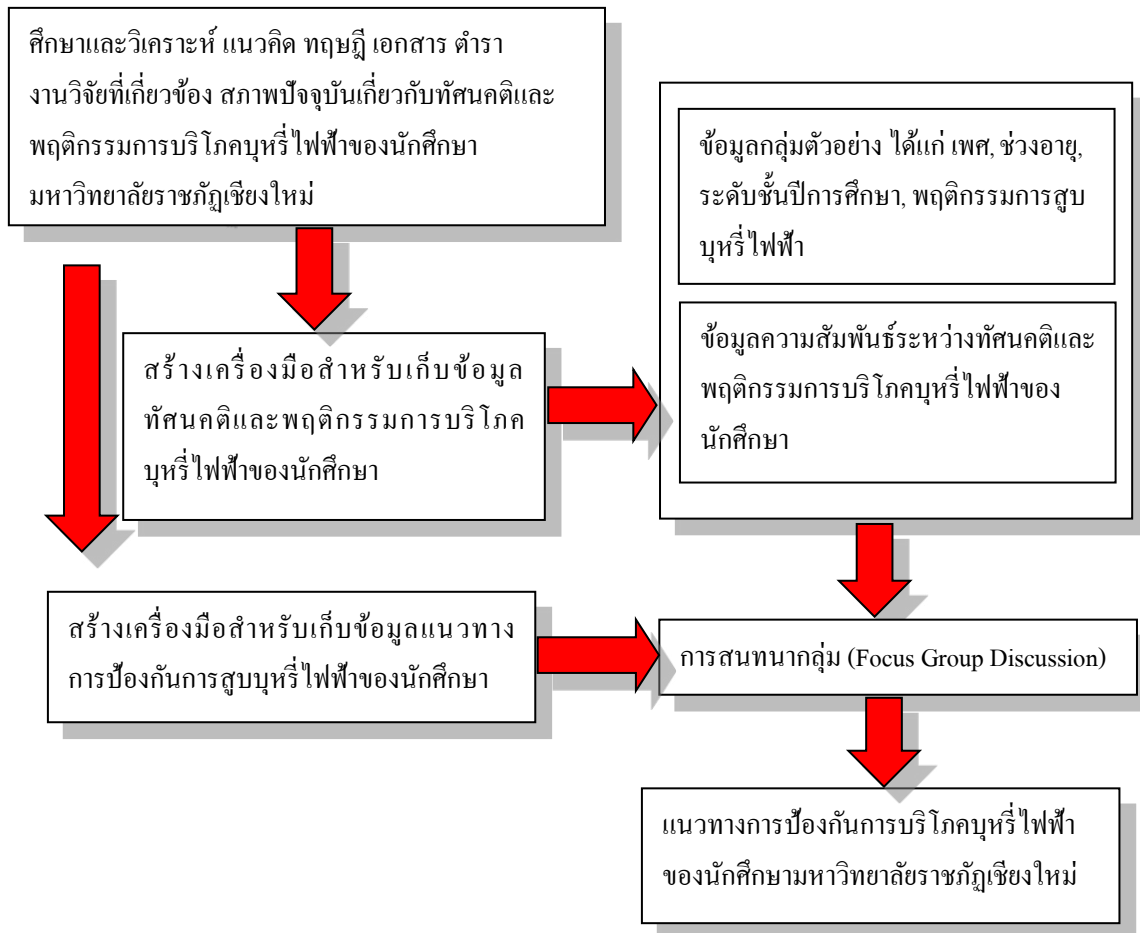
กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ปัจจุบันมีการสูบบุหรี่หรือเลิกทรอนิกส์อย่างแพร่หลายในกลุ่มวัยรุ่นไทย เหตุเพราะรูปลักษณ์ และองค์ประกอบที่ดึงดูดใจจนเกิดกระแสนิยมแบบในกลุ่มเพื่อนอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่า บุหรี่หรือเลิกทรอนิกส์ช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้ ที่สำคัญในบุหรี่หรือเลิกทรอนิกส์ก็มีสารพิษต่างๆ โดยเฉพาะสารนิโคตินเทียบเท่ากับการสูบบุหรี่ปกติทั่วไป ซึ่งมีอันตราย และส่งผลกระทบต่อสุขภาพเหมือนกัน บุหรี่หรือเลิกทรอนิกส์หรือบุหรี่ไฟฟ้า จึงเป็นภัยเงียบที่สำคัญในปัจจุบันของวัยรุ่นจากกลยุทธ์ทางการตลาด เช่น การโฆษณาที่สร้างให้เชื่อว่าการสูบบุหรี่หรือเลิกทรอนิกส์ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพราะไม่มีใบยาสูบอีกทั้งยังสร้างภาพของผู้สูบว่าเป็นคนทันสมัย แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่า บุหรี่หรือเลิกทรอนิกส์มีนิโคตินผสมอยู่ในปริมาณมาก และสามารถนำเข้าสู่ร่างกายผู้สูบได้มากกว่าการสูบบุหรี่ธรรมดา 5-9 เท่าขึ้นอยู่กับปริมาณนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่หรือเลิกทรอนิกส์ จึงกล่าวได้ว่า นิโคตินที่มีปริมาณมากกว่าบุหรี่ธรรมดามีอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบได้มากกว่าเช่นกัน (สมตระกูล ราศิริ, ยลฤดี ตันทสิทธิ์ และชิตีรัตน์ ราศิริ, 2562)⁽¹⁾

ในสถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่า มีนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก ซึ่งในบางมหาวิทยาลัยหลายๆ แห่งได้มีการจัดสถานที่ให้นักศึกษาได้สูบบุหรี่เพื่อป้องกันไม่ให้นักศึกษาที่ไม่ได้สูบบุหรี่ได้รับผลกระทบ และมหาวิทยาลัยก็ได้มีการณรงค์ และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งสถาบันการศึกษามีหน้าที่จัดการแก้ปัญหา โดยการปลูกฝังแนวคิดที่ถูกต้องและดีงาม เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการให้คุณค่า การแสดงออก พฤติกรรมต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้นักศึกษาได้รับการปลูกฝังแนวคิดที่ดีงาม ตลอดจนเกิดการจดจำ เข้าใจ และสามารถดำเนินชีวิตตามแนวคิดที่ดีที่ได้รับการปลูกฝังได้ (ทิพย์รัตน์ บุญมา บุญวัฒน์ สว่างวงศ์ และวันจักร น้อยจันทร์, 2564)⁽²⁾ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เป็นมหาวิทยาลัยของรัฐที่เก่าแก่ที่สุดในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถาบันการศึกษาแห่งแรกของภาคเหนือ เป็นวิทยาลัยครูแห่งแรกที่ก่อตั้งขึ้นในส่วนภูมิภาค และเป็นสถาบันการศึกษาที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่งของประเทศไทย ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนของนักศึกษา

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัย เรื่อง “ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่กับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่” เพื่อศึกษาข้อมูล และความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า และศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่



กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ตามสมมติฐานการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2565 จำนวน 12,752 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ จากคณะภายในมหาวิทยาลัย 5 คณะๆ ละ 85 คน จำนวน 425 คน ประกอบด้วย 1) คณะครุศาสตร์ 2) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 3) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 4) คณะวิทยาการจัดการ และ 5) คณะเทคโนโลยี การเกษตร เป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยตารางสำเร็จรูปของ ทาโร ยามาเน่ สัดส่วนของลักษณะที่น่าสนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 และระดับความเชื่อมั่น 95 %

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด โดยใช้วงจรคุณภาพเดมมิง (PDCA) ผู้วิจัยได้สร้างพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานกิจการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยผ่านการตรวจสอบ และให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มี 5 ประเด็นในการสัมภาษณ์

2. แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้ คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ พฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า ตอนที่ 2 ทัศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา จำนวน 22 ข้อ ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ของ ลิเคิร์ท (Likert Rating Scale) ในแต่ละข้อมีระดับความคิดเห็นโดยใช้เกณฑ์ของ ล้วน สายยศ (สมเด็จ, 2563)⁽³⁾ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง มากที่สุด

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง มาก

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง ปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง น้อย

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง น้อยที่สุด

และตอนที่ 4 ความคิดเห็นแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยที่ ตอนที่ 2 และตอนที่ 3 ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรง (Item-Objective Congruence : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และผ่านการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สาขาวิชาจิตวิทยา



จำนวน 30 คน โดยผ่านระบบออนไลน์ด้วยโปรแกรม Google Forms พบว่า ค่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Co efficiency) เท่ากับ 0.949 อยู่ในระดับดีมาก

3. แบบคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อหาแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยผ่านการตรวจสอบ และให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีคำถาม 3 ลักษณะ โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1. **คำถามนำ** เพื่อนำผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเข้าสู่ประเด็นการสนทนา มี 3 คำถาม ประกอบด้วย คำถามที่ 1 “บุหรี่ไฟฟ้าคืออะไร” คำถามที่ 2 “ส่วนประกอบของบุหรี่ไฟฟ้ามีอะไรบ้าง” และคำถามที่ 3 “ประโยชน์และโทษของบุหรี่ไฟฟ้าได้แก่อะไรบ้าง”

2. **คำถามหลัก** เพื่อหาแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ มี 6 คำถาม ประกอบด้วย คำถามที่ 1 “นักศึกษาคิดว่า ในปัจจุบันมีนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามาน้อยเพียงใด” คำถามที่ 2 “ที่ผ่านมามีหน่วยงานใดของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ให้ความรู้เพื่อรณรงค์ป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าแก่นักศึกษาหรือไม่ อย่างไร” คำถามที่ 3 “นักศึกษาคิดว่า สาเหตุสำคัญทำให้นักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า” คำถามที่ 4 “นักศึกษาคิดว่า ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่” คำถามที่ 5 “นักศึกษาคิดว่า หน่วยงานไหนควรมีหน้าที่ป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่” คำถามที่ 6 “นักศึกษาคิดว่า มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ควรมีนโยบายหรือแผนงานอย่างไร เพื่อป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาอย่างไร”

3. **คำถามเพื่อสรุป** เพื่อตรวจสอบว่ามีประเด็นที่ผู้ร่วมสนทนากลุ่มอาจยังไม่มีโอกาสได้กล่าวถึง และอยากเพิ่มเติมข้อมูลที่มีความสำคัญในการสนทนากลุ่ม มี 1 คำถาม คือ “จากที่เราคุยกันมานี้ นักศึกษาคนไหนที่อยากเสนอประเด็นหรือมุมมองอื่นๆ อะไรอีกบ้างไหมครับ”

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ทศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation Coefficient)

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) จากเอกสารที่ให้ข้อมูล และแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และจากเอกสาร พระราชบัญญัติ บัญชีความร่วมมือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ รหัสโครงการ (Project Code) : IRBCMRU 2022/225.27.09 หมายเลขรับรอง (Certificate Number) : IRBCMRU 2022/225.27.09 วันที่ให้การรับรอง : 29 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 75.10 และเพศชาย จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 24.90

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ (n = 425)

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	106	24.90
หญิง	319	75.10
รวม	425	100.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 189 คน และช่วงอายุ 18–20 ปี จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 44.50 และมีจำนวนน้อยที่สุด คือ ช่วงอายุ 23 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ (n = 425)

ช่วงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 18 ปี	189	44.50
18-20 ปี	189	44.50
21-22 ปี	45	10.50
23 ปีขึ้นไป	2	0.50
รวม	425	100.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามระดับชั้นปีการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ชั้นปีที่ 3 มากที่สุด จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 39.30 และน้อยที่สุด คือ ชั้นปีที่ 5 จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 4.70



ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับชั้นปีการศึกษา (n=425)

ระดับชั้นปีการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชั้นปีที่ 1	121	28.50
ชั้นปีที่ 2	77	18.10
ชั้นปีที่ 3	167	39.30
ชั้นปีที่ 4	40	9.40
ชั้นปีที่ 5	20	4.70
รวม	425	100.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่มากที่สุด จำนวน 331 คน คิดเป็นร้อยละ 77.90 รองลงมาคือ เคยสูบแต่เลิกแล้ว จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 และอันดับสุดท้าย คือ ยังสูบบุหรี่อยู่ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 9.20

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n = 425)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยสูบ	331	77.90
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	55	12.90
ยังสูบบุหรี่อยู่	39	9.20
รวม	425	100.00

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมเท่ากับ ($\bar{X}=2.88$, S.D.= 0.55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากที่สุดคือ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ เป็นต้น ($\bar{X}=3.84$, S.D.= 1.17) รองลงมาคือ ครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า ($\bar{X}=3.76$, S.D.= 1.21) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุดคือ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้มีบุคลิกภาพดีขึ้น ($\bar{X}=1.96$, S.D.= 0.97)



ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า (n = 425)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความ คิดเห็น	ลำดับ ที่
1. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มวนได้	2.67	1.07	ปานกลาง	14
2. การสูบบุหรี่ไฟฟ้านั้นมีความปลอดภัยกว่าการสูบบุหรี่มวน	2.34	1.05	น้อย	19
3. บุหรี่ไฟฟ้ามีปริมาณความเข้มข้นของนิโคตินน้อยกว่าไม่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ	2.37	1.03	น้อย	18
4. ฉันจะรู้สึกพอใจ ถ้าสามารถสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่าง ถูกกฎหมายเหมือนอย่างต่างประเทศ	2.80	1.27	ปานกลาง	10
5. หากมีการโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ จะช่วยส่งเสริมให้มีผู้สูบน้าใหม่	2.72	1.28	ปานกลาง	13
6. ฉันมีความรู้สึกพอใจ ถ้ารัฐจัดให้มีการซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้า อย่างถูกกฎหมาย	2.88	1.28	ปานกลาง	9
7. ปัจจุบันนี้ฉันยังคบเพื่อนที่ชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า	2.79	1.35	ปานกลาง	11
8. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้ผู้สูบบุหรี่โคเคน เป็นที่น่าสนใจ	2.03	1.01	น้อย	21
9. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้มีความรู้สึกผ่อนคลายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ	2.47	1.14	น้อย	17
10. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้มีบุคลิกภาพดีขึ้น	1.96	0.97	น้อย	22
11. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อนได้ง่ายขึ้น	2.24	1.08	น้อย	20
12. ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เพื่อนและคนรอบข้างไม่อยากอยู่ใกล้	3.09	1.21	ปานกลาง	8
13. คนที่สูบบุหรี่มักมีกลิ่นตัวและกลิ่นปากมากกว่าคนทั่วไป	3.55	1.23	มาก	5
14. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรเลียนแบบอย่างยิ่ง	3.70	1.29	มาก	4
15. ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามักเป็นคนที่ขาดความมั่นใจในตนเอง	2.76	1.00	ปานกลาง	12
16. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เสี่ยงต่อการลงยาเสพติดชนิดอื่น	3.31	1.26	มาก	6
17. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมาย	3.29	1.18	มาก	7
18. หากสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะทำให้ผลการเรียนตกต่ำ	2.51	1.04	ปานกลาง	16
19. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพทำให้เกิด โรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ เป็นต้น	3.84	1.17	มาก	1
20. การรณรงค์ให้เห็นโทษของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะช่วย ป้องกันผู้สูบน้าใหม่ได้	3.75	1.19	มาก	3
21. ครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า	3.76	1.21	มาก	2
22. คนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามักเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม	2.64	1.06	ปานกลาง	15
ค่าเฉลี่ยรวม	2.88	0.55	ปานกลาง	



ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมเท่ากับ ($\bar{X}=2.14$, S.D.= 0.95) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากที่สุด คือ ท่านมีความตั้งใจที่จะแนะนำผู้อื่นเลิกใช้ไฟฟ้า ($\bar{X}=3.84$, S.D.= 1.167) รองลงมา คือ ท่านมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($\bar{X}=3.76$, S.D.= 1.206) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด คือ ท่านแนะนำผู้อื่นให้มาสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($\bar{X}=1.85$, S.D.= 0.983)

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภคไฟฟ้า (n = 425)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม	ลำดับ ที่
1. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเพราะอยากทดลอง	2.33	1.31	น้อย	4
2. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเพราะเพื่อนชวน	2.21	1.23	น้อย	5
3. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าจากการคลั่งไถ้โฆษณา	2.00	1.08	น้อย	14
4. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเพราะต้องการเลิกบุหรี่มวน	2.00	1.13	น้อย	16
5. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าจากปัญหาครอบครัว	1.95	1.07	น้อย	17
6. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าจากเครียดเรื่องการเรียน	2.12	1.20	น้อย	11
7. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเพื่อต้องการให้ตนเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน	1.88	1.03	น้อย	20
8. ท่านมีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ ไฟฟ้าต่อไปเรื่อยๆ	1.92	1.03	น้อย	18
9. ท่านมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ไฟฟ้า	2.64	1.44	ปานกลาง	2
10. เมื่อท่านต้องการผ่อนคลาย ท่านจะสูบบุหรี่ ไฟฟ้า	2.16	1.22	น้อย	10
11. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเพื่อให้อารมณ์ดี	2.17	1.22	น้อย	8
12. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเพราะอยากให้ตนเองมีความกะชุ่ม กะซวย	2.04	1.14	น้อย	13
13. ท่านซื้อบุหรี่ ไฟฟ้าใช้เอง	2.19	1.32	น้อย	7
14. ท่านขอยืมบุหรี่ ไฟฟ้าจากเพื่อนหรือคนอื่น	2.00	1.11	น้อย	15
15. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าหือเป็นทีนิยม	2.16	1.22	น้อย	10
16. ท่านแนะนำผู้อื่นให้มาสูบบุหรี่ ไฟฟ้า	1.85	0.98	น้อย	21
17. ท่านแนะนำผู้อื่นเลิกใช้บุหรี่ ไฟฟ้า	2.77	1.46	ปานกลาง	1
18. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเมื่ออยู่เพียงลำพัง	2.20	1.28	น้อย	6
19. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเมื่ออยู่กับเพื่อนที่สูบ	2.17	1.25	น้อย	9
20. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเมื่ออยู่ที่บ้าน	2.07	1.18	น้อย	12
21. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าเมื่ออยู่ที่มหาวิทยาลัย	1.90	1.06	น้อย	19
22. ท่านสูบบุหรี่ ไฟฟ้าในพื้นที่กำหนดให้สูบ	2.36	1.37	น้อย	3
ค่าเฉลี่ยรวม	2.14	0.95	น้อย	



ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา
ผลการวิจัย พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเมื่อแยกเป็นประเด็นแล้ว สามารถสรุปจำแนก
แนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาได้ 5 ประเด็น คือ 1) การรณรงค์ผ่านสื่อ
ประชาสัมพันธ์ต่างๆ 2) สร้างกฎระเบียบ 3) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ดี 4) การจัดการเรียนรู้ และ
5) การจัดกิจกรรมต่างๆ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พบว่า แนวทางการป้องกันการ
การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา จำแนกได้ 5 ประเด็น ดังนี้ (1) การรณรงค์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ
(2) สร้างกฎระเบียบ (3) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ดี (4) การจัดการเรียนรู้ (5) การจัดกิจกรรมต่างๆ,
หน่วยงานที่มีหน้าที่ป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา ประกอบด้วย หน่วยงานภายใน และ
หน่วยงานภายนอกมหาวิทยาลัย , นโยบายหรือแผนงานเพื่อป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา
สรุปได้ 9 ประเด็น คือ (1) ควรมีแผนประจำปีเกี่ยวกับการรณรงค์ หรือกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ขึ้นมา
(2) จัดตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนว่า จะไม่ให้นักศึกษาสูบบุหรี่เลย (3) มีชมรมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่
(4) ทำกิจกรรมร่วมกัน (5) ให้เกียรติบัตรคนที่เลิกสูบบุหรี่ (6) มีนโยบายให้อาจารย์ผู้สอนแทรกเนื้อหาใน
การจัดการเรียนการสอน (7) กระตุ้นให้นักศึกษาหันมาดูแลสุขภาพ (8) ไม่ให้มีการขายบุหรี่ในร้านค้า
รอบมหาวิทยาลัย และ (9) มีแผนการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่นักศึกษา โดยมีผู้ร่วมเวที ได้แก่
ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ตัวแทนนักศึกษาจาก 5 คณะๆ ละ 6 คน รวม 30 คน และผู้วิจัย

ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ทศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
โดยรวมกับพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่โดยรวม มีค่า
 $r = 0.416$ และมีค่า $p\text{-value} = 0.000$ กล่าวคือ ทศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงใหม่โดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่โดยรวม โดยมีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง และมีทิศทางเชิงบวก

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างทศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมกับ
พฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ($n = 425$)

ทศนคติการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า	พฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า	
	r	p-value
ระดับความสัมพันธ์	0.416**	0.00
	มีความสัมพันธ์ปานกลาง	

p-value Sig. (2-tailed) **p-value < 0.01



อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้อมูลสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า ทักษะการบริโภคนุรีไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จากผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโทษของนุรีไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ ทิพย์รัตน์ บุญมา, บุญวัฒน์ สว่างวงศ์ และวันจักร น้อยจันทร์ (2564)⁽²⁾ ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติของนักศึกษาต่อการสูบนุรีอิเล็กทรอนิกส์และนุรีมวน พบว่า ทักษะการสูบนุรีอิเล็กทรอนิกส์และการสูบนุรีมวน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นต่อการสูบนุรีในระดับปานกลาง สมตระกูล ราศิริ, ยลฤดี ตันทสิทธิ์ และธิดิรัตน์ ราศิริ (2562)⁽¹⁾ ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้นุรีอิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาทันตสาธารณสุข สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับนุรีอิเล็กทรอนิกส์ ในระดับปานกลาง วันดี ราชทรัพย์, น้ำเพชร ประพฤติถ้อย, อมรรัตน์ ทองพิจิตร และพิมลพรรณ ดีเมฆ (2562)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบนุรีของวัยรุ่น จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ด้านทัศนคติของวัยรุ่นเกี่ยวกับอันตรายของนุรีมีทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคนุรีไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่โดยรวมอยู่ใน ระดับน้อย จากผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะว่า นักศึกษามีความตระหนักถึงโทษของนุรีไฟฟ้าเป็นอย่างมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมตระกูล ราศิริ, ยลฤดี ตันทสิทธิ์ และธิดิรัตน์ ราศิริ (2562)⁽¹⁾ ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้นุรีอิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาทันตสาธารณสุข สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับนุรีอิเล็กทรอนิกส์ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.72/3

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการป้องกันการบริโภคนุรีไฟฟ้าของนักศึกษามี 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การรณรงค์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ 2) สร้างกฎระเบียบ 3) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ดี 4) การจัดการเรียนรู้ และ 5) การจัดกิจกรรมต่างๆ ดังนั้น มหาวิทยาลัยควรจัดทำแผนงาน นโยบาย หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันการบริโภคนุรีไฟฟ้าให้นักศึกษา ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ ยุพา จิวพัฒนกุล และคณะ (2559)⁽⁵⁾ ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางในการป้องกัน และลดการสูบนุรีในเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน พบว่า แนวทางการป้องกันการสูบนุรีสำหรับเยาวชนมี 2 ประเด็นที่สอดคล้อง คือ การสอนสุขศึกษาเรื่องนุรี และส่งเสริมการออกกำลังกาย , ฐิตยา เนตรวงษ์ สุรัชนา ช่วยรอดหมด และรัชฎาพร ชีววรรณ (2562)⁽⁶⁾ ศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดนุรีด้วยโครงการ และชุมชนเป็นฐานการวิจัย พบว่า แนวทางการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดนุรีมีประเด็นที่



สอดคล้อง คือ การจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมการเรียนการสอนด้วยโครงการ ทั้งยังสอดคล้องกับหมวด 5 การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560)⁽⁷⁾ และการขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาในสังกัดและกำกับกระทรวงให้เป็นสถาบันอุดมศึกษาปลอดบุหรี่ (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2565)⁽⁸⁾

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ผลการวิจัย พบว่า ทักษะการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่โดยรวม กับพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่โดยรวม มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งมีค่า $r = 0.416$ และมีค่า $p\text{-value} = 0.000$ น้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัย โดยมีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ดังนั้นถ้ามีทักษะการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าเชิงบวก ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องงานวิจัยของ ณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย (2560)⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องการรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ทักษะเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และแนวโน้มพฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากค่าความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นบวก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการวิจัย กองพัฒนานักศึกษาของมหาวิทยาลัยที่สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนกิจกรรมให้นักศึกษา เพื่อป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาได้
2. จากการวิจัย ผู้บริหารของมหาวิทยาลัยที่สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผน หรือนโยบายเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบที่ให้ทุนสนับสนุนในการดำเนินงานโครงการวิจัย และผู้บริหาร คณาจารย์ และพนักงานสายสนับสนุน ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ทุกคน ที่ให้ความร่วมมือเอื้ออำนวยความสะดวกทั้งเวลา และสถานที่ในการทดลอง และเก็บข้อมูลเครื่องมือ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน แสนใจพรหม, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำเนา หมั่นแจ่ม, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ บุญแรง ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และอาจารย์ ดร.กนกวรรณ คชสิทธิ์ สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ คณะศิลปกรรมและสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ที่กรุณาขอให้คำปรึกษาการดำเนินงานโครงการวิจัยในครั้งนี้ตลอดมา



เอกสารอ้างอิง

1. สมตระกูล ราศิริ, ยลฤดี ตันทสิทธิ์ และชิตรัตน์ ราศิริ. พฤติกรรมการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาทันตสาธารณสุข. ปี 2562. วารสารทันตภิบาล ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2562).
2. ทิพย์รัตน์ บุญมา, บุญวัฒน์ สว่างวงศ์ และวันจักร น้อยจันทร์. ทักษะคิของนักศึกษาต่อการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และบุหรี่มวน. ปี 2564. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา. ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2564).
3. สมเด็จพระ ภิมาภกุล. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานวิจัย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. ปี 2563. ผลงานวิจัย. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
4. วันดี ราชทรัพย์ น้ำเพชร ประพฤติ้อย อมรรัตน์ ทองพิจิตร และพิมลพรรณ ดีเมฆ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น จังหวัดกำแพงเพชร. ปี 2562. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
5. ยุพา จิวพัฒนกุล และคณะ. การพัฒนาแนวทางในการป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในเยาวชน โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. ปี 2559. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน 2559).
6. จิตติยา เนตรวงษ์, สุรัชนา ช่วยรอดหมด และรัชฎาพร ชีราวรรณ. แนวทางการพัฒนา มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ด้วยโครงการและชุมชนเป็นฐานการวิจัย. ปี 2562. วารสาร มทร.อีสานฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2562).
7. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. หมวด 5 การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/law.php?law=2>
8. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือ การขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานศึกษา ระดับอุดมศึกษาปลอดบุหรี่. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.cmru.ac.th/news/4682-มร-ชม-mou-ขับเคลื่อนสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาปลอดบุหรี่.html>
9. ณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย. การรับรู้ ทักษะคิ และพฤติกรรม ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า. ปี 2560. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวารสารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการสื่อสารองค์กร คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

PROVIDING FRIENDLY HEALTH SERVICES FOR ADOLESCENTS AND YOUTH TO SOLVE HEALTH BEHAVIORAL PROBLEMS OF HEALTH PERSONNELS IN A COMMUNITY HOSPITAL

Received: July 14, 2023

Revised: September 07, 2023

Accepted: October 03, 2023

อาริตา สมุน่วน¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ^{2*}, เฉลนินธุ์ สิริเศรษฐ์ภพ²

Arita Samunuan¹, Pannee Banchonhattakit^{2*}, Cherlyn Sirisetpop²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนในคลินิกวัยรุ่นที่ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพแบบบูรณาการความร่วมมือ ได้แก่ พยาบาลทั่วไป แพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านสูติรีเวช พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ ให้บริการคำแนะนำ ปรีกษา ส่งต่อ และรักษาแบบครบวงจร ครอบคลุมทุกมิติของปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการจัดบริการทำทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ครอบคลุมให้ร่วมมือในการดูแลวัยรุ่น ทุกภาคส่วนร่วมมือกันแก้ไขปัญหา ทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข โรงเรียน และชุมชน หลักการปฏิบัติตัวของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นและเยาวชนใช้สัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจ มีความสุภาพ ไม่แสดงท่าทางหรือความรู้สึกในเชิงลบต่อผู้รับบริการ ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่มาจากทัศนคติของผู้ปกครอง ใช้คำหยาบ

¹ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครราชสีมา

Health Promotion Center Region 11, Nakhon Si Thammarat

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province, Thailand

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



หรือซ้ำเติมเด็ก และการมารับบริการไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น การบริการสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนควรวางแผนและพัฒนาแนวทางการดำเนินการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนต่อไป

คำสำคัญ: บริการสุขภาพที่เป็นมิตร, วัยรุ่นและเยาวชน, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This qualitative research was a phenomenology approach. The purpose of this study was to study the management of friendly health services for adolescents and youth by health personnels in a community hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Key informants were all health service staff members of the adolescent clinic that provide friendly health services for adolescents and youth. Data were collected using in-depth interviews. triangular data check and content analysis was used.

The study found that friendly health services for adolescents and youth services were provided by a multidisciplinary team that integrates cooperation, including general nurses, doctors specializing in sexually transmitted diseases, obstetrics and gynecology, psychiatric nurses, and social workers. Providing advice included consultation, referral, and complete treatment covering all dimensions of behavioral health problems. Proactive and reactive service delivery process were cooperated in caring for adolescents. All sectors work together to solve problems, including parents, health personnels, schools and communities. Principles of behavior of service providers towards youth and youth used good relationships, trust, be courteous, did not show negative gestures or feelings towards the service recipient. Problems or obstacles in providing services were found that most of them came from parents' attitudes. Using profanity or abusing the child and receiving intermittent service. So, health services for adolescents and youth should be planned and developed further operational guidelines for friendly health services for adolescents and youth services.

Keywords: friendly health services, adolescents and youth, health behavior



บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทั่วโลก เนื่องจากสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์ ความเครียด สุขภาพจิต การติดสารเสพติด การเจ็บป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของวัยรุ่นและเยาวชน ทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนมากขึ้นตามลำดับ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ตลอดจนเทคโนโลยีส่งผลให้วัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น^(1,2) องค์การสหประชาชาติ ให้ความสำคัญกับปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและเยาวชน ได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในตัวชี้วัดที่ 3.7 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ซึ่งจากข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปีพันคน ลดลงจาก 1.4 ต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 0.9 ต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2565 จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 42.5 ต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 24.2 ต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2565 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ในภูมิภาคอาเซียน พบว่าประเทศไทยจัดอยู่ในอันดับ 5 ของอาเซียน ถึงแม้อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อเทียบกับนานาชาติแล้ว โดยเฉพาะอัตราการคลอดเฉลี่ยของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก ที่มีอัตราการคลอดเฉลี่ย 21 ต่อพันคน ประเทศไทยยังต้องเร่งพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างจริงจัง เพื่อลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นให้สำเร็จมากยิ่งขึ้น⁽¹⁾ ในส่วนสถานการณ์อัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นและเยาวชน ของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 0.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี : 1,000 คน ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือไม่เกิน 0.9 ต่อพันคน และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 12.39 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี: 1,000 คน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกัน คือ ไม่เกิน 25 ต่อพันคน⁽¹⁾ และถึงแม้ว่าจะผ่านเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังคงพบว่า เด็กที่เกิดจากพ่อแม่วัยรุ่น ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของเด็กทารกและมารดาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต จึงยังต้องเร่งแก้ปัญหาเพื่อลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นและเยาวชนต่อไป ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก ได้สนับสนุนประเทศสมาชิกเร่งพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์และแผนงาน เพื่อป้องกันและลดปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งส่งเสริมการดำเนินการที่จะทำให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึง



ข้อมูลข่าวสารบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ที่เรียกว่า Youth Friendly Health Services (YFHS) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่ช่วยป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชน⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย หน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10 - 24 ปี เข้าถึงและใช้บริการสุขภาพตามความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทและความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในการป้องกัน แก้ไข ดูแล และฟื้นฟูปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาสังคมที่ถูกยกระดับเป็นวาระแห่งชาติ ทั้งนี้ กรมอนามัยได้มีการพัฒนาโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงและใช้บริการตามความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยมุ่งให้บริการที่มีความเป็นมิตร สอดคล้องกับความต้องการและสิทธิของวัยรุ่น ตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติฯ อีกทั้งเป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานฯ ให้สอดคล้องกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ในด้านการให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่นที่ได้คุณภาพ⁽³⁾ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศต่างๆ นำไปใช้เพื่อปรับปรุง คุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่นและเยาวชน⁽²⁾

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการดำเนินการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในสถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ตามแนวทางการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดอยู่ในองค์ประกอบที่ 5 คือ สถานบริการสาธารณสุข ต้องมีการจัดบริการด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ทั้งนี้ในส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกวัยรุ่น มีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้กระบวนการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ ซึ่งว่าด้วยการตีความหรือให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา เน้นที่ประสบการณ์ชีวิตมนุษย์ การศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจในการให้ความหมายของบุคคลต่อประสบการณ์นั้นๆ สะท้อนให้เห็นประสบการณ์นั้นอย่างลึกซึ้ง⁽⁴⁾ และผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็น



แนวทางในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ให้บริการคลินิกวัยรุ่น และการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic Phenomenology) ศึกษาตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์⁽¹²⁾ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา และเลือกพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ที่มีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้อธิบายถึงเรื่องราว และประสบการณ์ที่ตนเองประสบ ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ที่ได้รับประสบการณ์นั้น และสื่อสารความหมายของประสบการณ์ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในคลินิกวัยรุ่น ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป และ 2) ยินดีเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นประชากรทุกคนที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในกระบวนการรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า (Guided questions) ในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิกวัยรุ่น ดังตัวอย่าง เช่น “ท่านมีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนอย่างไร” “ท่านมีมุมมองในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนอย่างไร” “ท่านปฏิบัติต่อวัยรุ่นที่เข้ามารับ



บริการอย่างไร” “เมื่อท่านสามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือวัยรุ่นได้สำเร็จ ท่านรู้สึกอย่างไร” และ “ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการมีอะไรบ้างและแก้ไขอย่างไร”

2. เครื่องบันทึกเสียงดิจิทัล ใช้บันทึกเสียงของผู้ให้สัมภาษณ์ โดยขออนุญาตก่อนทำการบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ด้วยรูปแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการตรวจสอบเอกสาร (methodology triangulation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเชิงคุณภาพ นำประเด็นที่สรุปตรวจสอบกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เห็นว่าเป็นข้อสรุปที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และยืนยันข้อสรุปด้วยการตรวจสอบกับข้อมูลจากการถอดเทป การฟังเทป และการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักจากสภาพการณ์หลายๆ ช่วงเวลา และมิติที่ต่างกันจนได้ข้อมูลที่อึดตัวในการนำเสนอผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ตามแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview guideline) ร่วมกับการบันทึกเสียง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน เป็นกระบวนการต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลอึดตัว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตามแนวทางพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ให้ข้อมูลได้ลงชื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย แล้วขออนุญาตหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสมัครใจ และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการรักษาความลับด้วยการที่ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตในการบันทึกเสียงและการจดบันทึกย่อขณะทำการสัมภาษณ์ และสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้นก่อนนำเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ฟังอย่างตั้งใจ ระมัดระวังท่าทีของตนเองระลึกรู้ถึงบทบาทในฐานะนักวิจัย เคารพ ไม่ตัดสินหรือวิพากษ์วิจารณ์สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออก และติดตามผู้ให้ข้อมูลทั้งเนื้อหาสาระ อารมณ์ความรู้สึก ตลอดจนปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น วิเคราะห์และจับประเด็น ใช้ทักษะการถาม การสะท้อน การทวนคำที่ผู้ให้ข้อมูลพูดออกมา และขอความกระจ่างชัด ตลอดจนการสรุปสาระสำคัญ ระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในกรณีที่รู้สึกไม่สะดวก และหากไม่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะสอบถามถึงความต้องการ



ในการหยุดพัก หรือยุติการสัมภาษณ์และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ทั้งนี้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดข้อสงสัยในการสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ทั้งนี้การสัมภาษณ์สิ้นสุด เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ.2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ประเด็น (thematic analysis) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) อ่านและทำความเข้าใจข้อความที่ถอดเทป ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) ระบุข้อความที่สำคัญ แล้วกำหนดคำสำคัญหรือดัชนี (keywords/ indexes) และให้รหัส (coding key words) 3) จัดหมวดหมู่คำสำคัญ (categories) ที่มีความหมายเชื่อมโยงกันและจำแนกประเภท (ร่างประเด็น) 4) ตีความโดยพยายามดึงความหมายและเชื่อมโยงข้อมูลความสอดคล้อง โดยเขียนให้เห็นภาพของปรากฏการณ์ และ 5) สร้างข้อสรุปเป็นประเด็น (themes) จากคำสำคัญ และหมวดหมู่ และนำประเด็นที่ได้ตรวจสอบความหมายกับผู้ให้ข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการใช้หลักจริยธรรมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการพิทักษ์สิทธิการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว โดยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และขอการยินยอมการศึกษาครั้งนี้ต่ออาสาสมัครทุกคน ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อทั้งบุคคลและหน่วยงาน อาสาสมัครสามารถปฏิเสธหรือยุติในการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผลการทำงาน

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และการแปลผลเชิงคุณภาพ ได้จำแนกเป็น 5 ประเด็นหลัก โดยผลการศึกษา พบว่า

ประเด็นที่ 1 การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ มีการให้บริการโดยใช้ชื่อ “คลินิกวัยรุ่น” ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข โดยมีการก๊อปปี้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการคำแนะนำ ปรีกษา และส่งต่อ ได้แก่ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก เป็นต้น ซึ่งการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ครอบคลุมทุกมิติของปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพ



ของวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีกระบวนการในการจัดการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังคำกล่าวดังนี้

“การจัดการบริการคลินิกวัยรุ่น ที่นี่ ให้บริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาท้องไม่พร้อม ปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า อารมณ์ความรุนแรง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมารับยาฝังคุมกำเนิด รวมถึงการส่งต่อในการยุติการตั้งครรภ์ด้วย ” (เจ้าหน้าที่ อายุ 57 ปี)

“งานสุขภาพจิตและยาเสพติด เราก็จะให้คำปรึกษาและการรักษา ในกรณีวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต การมีภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงในครอบครัว การใช้สารเสพติด มีการรักษาผู้ติดสารเสพติด บุหรี่ และแอลกอฮอล์ รวมถึงให้คำปรึกษาในกรณีท้องไม่พร้อมด้วย” (เจ้าหน้าที่ อายุ 34 ปี)

“การให้บริการวัยรุ่น ในภารกิจงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ปวยนอก ก็จะให้บริการคำปรึกษา การตรวจคัดกรอง และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะพบเยอะในกลุ่มวัยรุ่นด้วย” (เจ้าหน้าที่ อายุ 32 ปี)

สรุปได้ว่า การจัดการบริการคลินิกวัยรุ่น ให้บริการทุกเรื่องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ได้แก่ ปัญหาท้องไม่พร้อม มีการส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด ปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า อารมณ์ความรุนแรง การตรวจคัดกรอง และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการรักษาผู้ติดสารเสพติด บุหรี่ และแอลกอฮอล์

ประเด็นที่ 2 มุมมองในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

มุมมองในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับคลินิกวัยรุ่น มองว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลวัยรุ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การเลือกคบเพื่อนที่ดี และการแก้ปัญหา คือ ทุกฝ่ายจะต้องมาร่วมมือกัน ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ผู้ปกครอง โรงเรียน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจต้องดำเนินการเชิงรุกมากขึ้น ดังคำกล่าวดังนี้

“วัยรุ่น เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ มองว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแล หากเด็กคนไหน ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากผู้ปกครอง ก็อาจจะเกิดปัญหา หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงได้ รวมถึงการเลือกคบเพื่อนก็สำคัญ หากมีเพื่อนที่พาไปในทางที่ดี เด็กก็จะมีการใช้ชีวิตไปในทางที่ดี ซึ่งตัวเองได้มาทำงานตรงนี้ได้รับรู้และรู้สึกเห็นใจเด็กที่มีปัญหา บางครั้งเขาไม่ได้ตั้งใจ แค่เพียงเกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรืออาจไม่มีใครช่วยบอกช่วยเหลือ” (เจ้าหน้าที่ อายุ 57 ปี)

“วัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีปัญหาภายในครอบครัว โรคซึมเศร้าจากความเครียด ความกดดัน และอีกปัญหา คือ เรื่องของการใช้สารเสพติด โดยวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง อยู่แล้ว อีกทั้งการอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด ก็จะทำให้ตนเองต้องใช้เวลาเสพติดไปด้วย ซึ่งจากการ



ให้บริการที่ผ่านมาพบ วัยรุ่นและเยาวชนตรวจพบสารเสพติดจำนวนเยอะขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมองว่า การแก้ปัญหาคือ ทุกฝ่ายจะต้องมาร่วมมือกัน ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ผู้ปกครอง โรงเรียน และชุมชน ” (เจ้าหน้าที่ อายุ 34 ปี)

“การให้บริการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการให้ความรู้เชิงรุกในโรงเรียนเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย มีความสำคัญมาก เพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการให้บริการถุงยางอนามัยในโรงเรียน คงต้องปรับทัศนคติของครู โดยบางโรงเรียนยังมองว่าเป็นการชี้นำให้กระทำความผิด ฉะนั้น ทางโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดำเนินการเชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น” (เจ้าหน้าที่ อายุ 32 ปี)

สรุปได้ว่า ปัญหาวัยรุ่นเกี่ยวข้องกับปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสารเสพติด ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การแก้ปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน การให้บริการคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการให้ความรู้ในการป้องกันโรค ควรมีความร่วมมือกันของทุกฝ่าย

ประเด็นที่ 3 การปฏิบัติตัวของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้ามารับบริการ

การปฏิบัติตัวของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้ามารับบริการ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การพูดคุยแบบเป็นกันเอง มีความสุภาพ และไม่แสดงท่าทางหรือความรู้สึกในเชิงลบต่อผู้รับบริการ ดังกล่าวต่อไปนี้

“เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการวัยรุ่น จะต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาดี สร้างความไว้วางใจแก่วัยรุ่น ไม่นำเรื่องที่วัยรุ่นมาปรึกษาไปพูดคุยหรือไปเล่าต่อให้ผู้อื่นฟัง ควรเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้รับบริการ” (เจ้าหน้าที่ อายุ 57 ปี)

“เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการวัยรุ่น ควรพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง มีความสุภาพ เปิดโอกาสให้เด็กได้เล่าปัญหาของตัวเองก่อน โดยไม่พูดแทรก และอาจต้องใช้คำพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก ให้บริการด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้เขาเกิดความไว้วางใจเรา และเราต้องไม่นำข้อมูลของเด็กไปเปิดเผยด้วย” (เจ้าหน้าที่ อายุ 34 ปี)

“การให้บริการคำปรึกษาแก่วัยรุ่น เจ้าหน้าที่จะต้องพูดคุยแบบเป็นกันเอง ไม่แสดงท่าทางหรือความรู้สึกในเชิงลบต่อผู้รับบริการ ให้บริการแบบ one stop service โดยบริการเสร็จทีเดียว เด็กจะรู้สึกไว้วางใจ ไม่ต้องเดินทางไปทั่วโรงพยาบาล และที่สำคัญ จะต้องเปิดโอกาสให้เด็กได้ซักถามข้อสงสัย ไม่แสดงท่าทีรำคาญ เพราะอาจทำให้เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการนัดครั้งต่อไป” (เจ้าหน้าที่ อายุ 32 ปี)



สรุปได้ว่า การให้บริการคำปรึกษาแก่วัยรุ่น เจ้าหน้าที่ต้องมีทัศนคติเชิงบวก สื่อสารสองทางอย่างสุภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สร้างความไว้วางใจให้แก่วัยรุ่น และเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ประเด็นที่ 4 ความรู้สึกเมื่อสามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือวัยรุ่นและเยาวชนได้สำเร็จ

ความรู้สึกเมื่อสามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือวัยรุ่นและเยาวชนได้สำเร็จ คือ รู้สึกดีใจ ปลื้มใจ มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ และแก้ปัญหาต่างๆ ให้วัยรุ่นและผู้ปกครองได้ ดังคำกล่าวดังนี้

“เมื่อเราสามารถช่วยเหลือเด็กให้ผ่านพ้นปัญหาไปได้ เด็กก็จะคลายความทุกข์ใจลง เราก็จะรู้สึกดี รู้สึกปลื้มใจ ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างอนาคตที่ดีของเด็กได้ต่อไป อย่างเช่น กรณีที่มีการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นเด็กนักเรียน หากเราไม่ช่วยส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ เด็กก็ต้องเสียนาคต ไม่ได้เรียนหนังสือ มีปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย ” (เจ้าหน้าที่ อายุ 57 ปี)

“เมื่อได้ช่วยเหลือน้องๆ ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด รู้สึกดีใจหากน้องๆ หายป่วย หรือเลิกใช้สารเสพติดได้ และรู้สึกเข้าใจหัวอกของคนเป็นพ่อแม่ เมื่อลูกอาการดีขึ้น หรือหายป่วย พ่อแม่ก็จะมีความสุข เราก็จะมีความสุขไปด้วย” (เจ้าหน้าที่ อายุ 34 ปี)

“เมื่อได้ช่วยเหลือเด็กๆ ได้สำเร็จ รู้สึกดีใจมาก มีความสุขที่ทำให้พ่อแม่ของน้องๆ คลายทุกข์ใจไปได้” (เจ้าหน้าที่ อายุ 32 ปี)

สรุปได้ว่า การเป็นผู้ให้บริการ รู้สึกภาคภูมิใจเมื่อทำงานได้สำเร็จ สามารถช่วยเหลือวัยรุ่นและเยาวชนรวมทั้งคลายความทุกข์ใจให้ผู้รับบริการและผู้ปกครองได้ ผู้ให้บริการจะเกิดความสุขด้วย

ประเด็นที่ 5 ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการ

ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่คือทัศนคติของผู้ปกครอง บางครั้งใช้คำหยาบ หรือซ้ำเติมเด็ก และการขาดนัด มารับบริการไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าวดังนี้

“บางครั้งปัญหาที่พบในการให้บริการเด็กที่มีปัญหา อย่างเช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผู้ปกครองจะโกรธ คุ้ยเคี้ยวด้วยคำหยาบ ซึ่งเป็นการซ้ำเติมเด็ก อาจทำให้เด็กเกิดความเครียด เสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตได้” (เจ้าหน้าที่ อายุ 57 ปี)

“ปัญหาในการให้บริการ ที่พบส่วนใหญ่ จะเป็นการขาดนัด มารับบริการไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ช่วยติดตามในพื้นที่” (เจ้าหน้าที่ อายุ 34 ปี)

สรุปได้ว่า ปัญหาในการให้บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พบว่า ทัศนคติเชิงลบของผู้ปกครองและการสื่อสารที่ซ้ำเติมให้เกิดความเครียดและสุขภาพจิตไม่ดี รวมทั้งมารับบริการไม่ต่อเนื่อง



สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทุกคนในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ข้อค้นพบ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีหลายภาคส่วนร่วมมือโดยเฉพาะครอบครัว 2) มุมมองในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีความเป็นกันเอง สร้างความไว้วางใจ และมีความคิดเชิงบวก 3) การปฏิบัติตัวของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้ามาใช้บริการ มีความเป็นมิตรด้วยใจและการกระทำ 4) ความรู้สึกเมื่อสามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือวัยรุ่นและเยาวชนได้สำเร็จ คือ ความภาคภูมิใจ ปลื้มใจ ดีใจ และมีความสุข และ 5) ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการส่วนใหญ่คือทัศนคติของผู้ปกครองในเชิงลบ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา มีการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเฉพาะเจาะจง คือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน จำนวน 3 คน และมีพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษา จำแนกเป็น 5 ประเด็นหลัก และอภิปรายผลได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ มีการให้บริการโดยใช้ชื่อ “คลินิกวัยรุ่น” ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข โดยมีการก๊อปปี้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการคำแนะนำ ปรีกษา และส่งต่อ ได้แก่ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก เป็นต้น จัดบริการครอบคลุมทุกมิติของปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เช่น ปัญหาท้องไม่พร้อม ปัญหาสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า อารมณ์ความรุนแรง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติด บุหรี่ และแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกรมอนามัย ที่กำหนดให้หน่วยงานสาธารณสุขจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยคำนึงถึงความเปราะบางของเยาวชน คือ เยาวชนเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ บุคลิกภาพ การก้าวสู่การเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ต้องการการยอมรับจากหมู่เพื่อน เชื้อเพื่อนวัยเดียวกันมากกว่าผู้ใหญ่ เรียนรู้เรื่องเพศในสื่อสังคมออนไลน์และเสี่ยงต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร



ที่ไม่รอบด้าน เมื่อมีปัญหาสุขภาพทางเพศจะขาดที่ปรึกษา อายุ กลัวพ่อแม่รู้เรื่องพฤติกรรมทางเพศ และไม่กล้าเข้าไปรับบริการด้านสุขภาพ มักซื้อยากินเอง ซึ่งผู้ให้บริการควรที่จะตระหนักถึงความต้องการของเยาวชน เพื่อที่จะได้จัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของเยาวชนอย่างแท้จริง⁽⁵⁾

ประเด็นที่ 2 มุมมองในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

มุมมองในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับคลินิกวัยรุ่น มองว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลวัยรุ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของวัยรุ่นหลังการดูแลครอบครัว โทรทัศน์ซีรีส์ “ฮอโมนวัยว้าวุ่น” พบว่า การที่ครอบครัวดูแลวัยรุ่นใกล้ชิด อบอุ่น ป้องกันปัญหาในวัยรุ่นได้⁽¹⁰⁾ รวมถึง การเลือกคบเพื่อนที่ดี และการแก้ปัญหา คือ ทุกฝ่ายจะต้องมาร่วมมือกัน ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ผู้ปกครอง โรงเรียน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจต้องดำเนินการเชิงรุกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไข พบว่า การป้องกันและลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ใช่หน้าที่ของคนใดคนหนึ่ง แต่ต้องถือเป็นหน้าที่ของทุกคน ทุกภาคส่วน⁽⁶⁾

ประเด็นที่ 3 การปฏิบัติตัวของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้ามาใช้บริการ

การปฏิบัติตัวของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้ามาใช้บริการ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การพูดคุยแบบเป็นกันเอง มีความสุภาพ และไม่แสดงท่าทางหรือความรู้สึกในเชิงลบต่อผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท จังหวัดอุดรธานี พบว่า การจัดบริการที่เป็นมิตร ควรให้บริการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นหลายช่องทาง ให้วัยรุ่นมีโอกาสเลือกวิธีที่เหมาะสม บุคลากรที่ให้บริการควรเป็นบุคคลที่มีความเข้าใจ ความต้องการของวัยรุ่น มีความรู้ มีบุคลิกภาพที่ดี แต่งกายเหมาะสม รักษาความลับ⁽⁷⁾ และการศึกษาของศิริพร จิรวรรณกุล⁽⁸⁾ เรื่อง การให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจึงต้องมีทักษะ และทักษะที่จำเป็น ได้แก่ 1) มีทักษะเชิงบวกต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และทักษะต่อทางเลือกต่างๆ อย่างเป็นกลาง 2) ไม่ชี้นำการตัดสินใจ คือ การทำให้วัยรุ่นตัดสินใจเลือกทางออกที่เหมาะสม 3) มีทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การถามด้วยคำถามปลายเปิด การตอบรับที่เป็นกลาง ไม่ชี้นำ ไม่ตัดสิน การให้ข้อมูล และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

ประเด็นที่ 4 ความรู้สึกเมื่อสามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือวัยรุ่นและเยาวชนได้สำเร็จ

ความรู้สึกเมื่อสามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือวัยรุ่นและเยาวชนได้สำเร็จ ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ คือ รู้สึกดีใจ ปลื้มใจ มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือและแก้ปัญหาต่างๆ ให้วัยรุ่นและผู้ปกครองได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความร่วมรู้สึกในการพยาบาล: คุณลักษณะพยาบาลที่ปัญญาประดิษฐ์ทดแทนไม่ได้



พบว่า สิ่งที่จะช่วยให้มนุษย์อยู่ร่วมกันได้ อย่างสันติสุข คือ การมีความเข้าใจ เข้าใจ ร่วมรับรู้ความรู้สึกของกันและกัน การพยาบาลเป็นงานที่มนุษย์กระทำต่อมนุษย์ ที่ปัญญาประดิษฐ์ไม่สามารถทดแทนได้ แต่สามารถใช้ปัญญาประดิษฐ์และการดูแลของมนุษย์ร่วมกันอย่างสมดุลได้ มนุษย์มีความรู้สึกร่วมที่ทำให้เกิดความเข้าใจ เอาใจใส่ต่อความรู้สึกอีกฝ่าย รู้สึกร่วมว่าเขาทุกข์อย่างไร แล้วพยายามหาทางช่วยเหลือ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

ประเด็นที่ 5 ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการ

ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่คือ ทักษะของผู้ปกครอง บางครั้งใช้คำหยาบ หรือซ้ำเติมเด็ก การขาดนัด และมารับบริการไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การตรวจสุขภาพนักเรียนร่วมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพของ รพ.สต. ครบบางส่วนสะท้อนว่า ปัญหาวัยรุ่นในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อน ยากลำบากต่อการให้การดูแลให้คำปรึกษา พ่อแม่ผู้ปกครองบางส่วนไม่ยอมรับว่าลูกมีพฤติกรรมเสี่ยง จึงไม่สามารถดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัว⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- 1) บุคลากรสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ควรมีการจัดบริการที่มีมุมมองในการปฏิบัติงานมีความเป็นกันเอง สร้างความไว้วางใจ และมีความคิดเชิงบวก มีความเป็นมิตรด้วยใจและการกระทำ
- 2) การดูแลส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นในการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ควรมีการวางแผนให้บริการครอบคลุมทุกมิติทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะครอบครัวและส่งเสริมความเข้าใจต่อการปรับทัศนคติของผู้ปกครองในการแก้ปัญหาร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในการให้ข้อมูลเชิงลึกครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและความรู้เพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัด สอพ. ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi66/3-10/3.10-1.1.pdf>



2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2563.
3. World Health Organization & UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. World Health Organization [Internet]. 2015 [Cited 2023 Jan 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>
4. Westerlund, F., Heidegger and the Problem of Phenomena. London: Bloomsbury [Internet]. 2020 [Cited 2023 Jan 19]. Available from: <https://www.bloomsburycollections.com/book/heidegger-and-the-problem-of-phenomena/>
5. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. มาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/87>
6. มาลี เกื้อนพกุล. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไข. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2556; (พิเศษ): 33-46.
7. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วนิดา ศรีพรหมยา, ดวงพร ถิ่นถา, สถิตาภรณ์ สุระดิษฐ์ และ เพ็ญศิริ ศรีจันทร์. การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2559; 17(2): 43-56.
8. ศิริพร จิรวรรณกุล. การให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31(2): 5-16.
9. นุสรานามเดช, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล และ อรทัย สงวนพรรค. ความร่วมรู้สึกในการพยาบาล: คุณลักษณะพยาบาลที่ปัญญาประดิษฐ์ทดแทนไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(3): 287-299.
10. รุจา ภูไพบูลย์, มนฤดี โชคประจักษ์ชัด และ ภูริพันธ์ ภูไพบูลย์. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของวัยรุ่นหลังการดูละครโทรทัศน์ซีรีส์ “ฮอว์โมนวัยว้าวุ่น”. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา 2558; 7(1): 153-168.



11. วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, เป็รื่องจิตร ฅารัศมิ, นพนนท์ ชัยภูมิ และ อรุณณี ใจเที่ยง. บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562; 37(3): 240-248.
12. Heidegger, M. Being and Time (MacQuaeeie J. & Robinson E. trans: New York: Harper & Row, 1962



ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็งและแนวทางการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน

HYPERCALCEMIA OF MALIGNANCY AND UPDATE MANAGEMENT

Received: July 13, 2023

Revised: September 09, 2023

Accepted: October 09, 2023

ระวีวรรณ วิฑูรย์^{1*}, รัชนิพร ชื่นสุวรรณ¹Raweewan Wittoon^{1*}, Rachaneepon Chuensuwan¹

บทคัดย่อ

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง งานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อทบทวนองค์ความรู้ด้านอุบัติการณ์, กลไกการเกิดโรค, ลักษณะอาการทางคลินิก, การวินิจฉัย และแนวทางการรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็งตามข้อมูลการศึกษาวิจัยในปัจจุบัน โดยค้นคว้ารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล PubMed, Ovid, medRxiv ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 กลไกหลัก ได้แก่ การหลั่งสารที่มีลักษณะคล้ายฮอร์โมนพาราไทรอยด์จากเซลล์มะเร็ง, มะเร็งระยะแพร่กระจายเข้ากระดูกเกิดการหลั่งสารสลายกระดูก และความผิดปกติของผลิติวิตามินดีจากเซลล์มะเร็ง การรักษาเพื่อลดระดับแคลเซียมในเลือด ทำได้โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาที่ออกฤทธิ์เพิ่มการขับแคลเซียมทางปัสสาวะ และยาลดการสลายตัวของกระดูก ร่วมกับการรักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วย

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่ออัตราอนโรพยาบาลที่นานขึ้น และการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การให้การรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยอย่างเหมาะสมช่วยลดอาการแสดงของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มโอกาสในการรับการรักษาโรคมะเร็งให้แก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: แคลเซียมในเลือดสูง, มะเร็ง, ฮอร์โมนพาราไทรอยด์, ยากลุ่มบิสฟอสโฟเนต, ยาดีโนซูเมบ

¹ อาจารย์สาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Department of Internal medicine, Faculty of Medicine, Burapha University

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



Abstract

Hypercalcemia is the most common medical complication of malignancies. We aimed to provide updated research on the incidence, pathogenesis, clinical manifestation, diagnostic approach, and management of hypercalcemia of malignancy. Review and summarize the published literature to date from PubMed, Ovid, and medRxiv Data sources from 1973 to April 2022.

Major mechanisms of hypercalcemia of malignancy included tumor secreting parathyroid related proteins, osteolytic metastases, and tumor production of 1,25-dihydroxy vitamin D. In the cancer patient with hypercalcemia, adequate intravenous hydration, using the medication that increases renal calcium excretion and anti-reabsorptive drugs were necessary along with the primary cancer treatment.

Malignancy-related hypercalcemia associated with high hospitalization and mortality rate in patients. Appropriate treatment may have minimized symptoms, improved the quality of life, and increased cancer management chances.

Keywords: Hypercalcemia, malignancy, parathyroid hormone, bisphosphonate, denosumab



บทนำ

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงพบได้ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง⁽¹⁾ สามารถพบได้ทั้งในมะเร็งของอวัยวะแบบที่เป็นก้อน (solid tumor) และมะเร็งของระบบโลหิตวิทยา (hematologic malignancy) รายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 15 รายต่อหนึ่งแสนของประชากรในแต่ละปี⁽²⁾ ความชุกของภาวะแคลเซียมสูงเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 และสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี^(1,3) วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อทบทวนองค์ความรู้ด้านอุบัติการณ์, กลไกการเกิดโรค, ลักษณะอาการทางคลินิก, การวินิจฉัย และแนวทางการรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามข้อมูลการศึกษาวิจัยในปัจจุบัน โดยค้นคว้ารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล PubMed, Ovid, medRxiv ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2516 จนถึง เมษายน พ.ศ. 2566

กลไกการเกิดภาวะแคลเซียมสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 3 กลไกหลัก⁽⁴⁻⁶⁾ (Figure 1) ได้แก่

1. Humoral hypercalcemia of malignancy (HHM) เป็นกลไกที่พบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ 80 ของภาวะแคลเซียมสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ชนิดของมะเร็งที่พบได้บ่อยได้แก่ squamous cell carcinoma ของมะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งปอด มะเร็งเนื้อเยื่อไต มะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งรังไข่ และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด non-Hodgkin^(7,8) ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเกิดขึ้นจากการที่ก้อนมะเร็งหลั่งสาร parathyroid hormone-related protein (PTHrP) สาร PTHrP ประกอบด้วยกรดอะมิโนประมาณ 130 ตัว โดยกรดอะมิโน 8 ใน 13 ตัวแรกของส่วนปลายอะมิโนเหมือนกันกับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ มีความสามารถในการรวมตัวกับ PTH-1 receptor ส่งผลเพิ่มการสลายตัวของกระดูก เพิ่มการดูดกลับแคลเซียมจากท่อไตส่วนปลาย และเพิ่มการขับฟอสฟอรัส^(9,10)

ลักษณะการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบใน humoral hypercalcemia of malignancy ได้แก่

- ตรวจพบการเพิ่มขึ้นของสาร parathyroid hormone-related protein ในเลือด
- ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ต่ำมาก
- ระดับฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ
- ระดับ 1,25-dihydroxyvitamin D สูงหรือ ต่ำ ก็ได้
- มักตรวจไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งเข้ากระดูก

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับ parathyroid hormone-related protein ในเลือดกับการดำเนินโรค พบว่า ระดับ parathyroid hormone-related protein ที่สูงสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย รวมถึงสามารถใช้พยากรณ์ผลการรักษารวมถึงบ่งชี้การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งได้^(11,12)

2. Osteolytic metastases พบได้ร้อยละ 20 ของภาวะแคลเซียมสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบได้ในมะเร็งระยะแพร่กระจายเข้ากระดูก เช่น มะเร็งเต้านม multiple myeloma และพบน้อยกว่าในมะเร็ง



ต่อมน้ำเหลือง จากการศึกษากลไกการเกิดโรค พบว่า เซลล์มะเร็งผลิตสาร transforming growth factor alpha (TGF- α) กระตุ้นการทำงานของ osteoclast อีกทั้งสร้างสารกลางซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้น macrophage และ lymphocyte ทำให้มีเพิ่มขึ้นของ interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6) และ tumor necrotic factor (TNF) ส่งผลเพิ่มการทำงานของ osteoclast ในผู้ป่วยมะเร็ง^(5,6,13) multiple myeloma มีการตรวจพบการเพิ่มขึ้นของ macrophage inflammatory protein 1 α ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นการสร้าง osteoclast ได้เช่นกัน⁽¹⁴⁾ กลไกเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการสลายตัวของกระดูกเพิ่มขึ้น และภาวะแคลเซียมในเลือดสูงตามมา นอกจากสารกลางและไซโตไคน์ต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายเข้ากระดูก สามารถตรวจพบ local PTHrP จากเซลล์มะเร็งในกระดูก โดยไม่พบการเพิ่มขึ้นของ PTHrP ในเลือด local PTHrP ออกฤทธิ์กระตุ้นปฏิกิริยาระหว่าง RANKL/RANK เพิ่มการทำงานของ osteoclast นอกจากนั้นยังตรวจพบการหลั่งสาร IL-1, IL-6, IL-8 และ vascular endothelial growth factor (VEGF) จากเซลล์มะเร็งเต้านม เสริมฤทธิ์กับ local PTHrP เพิ่มการสลายตัวของกระดูก⁽¹⁵⁾

ลักษณะการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบใน osteolytic metastases ได้แก่

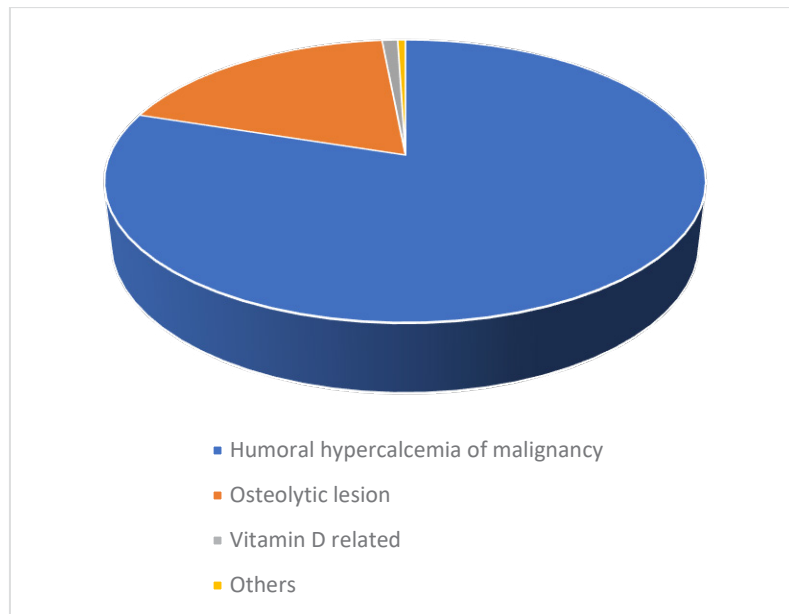
- ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ในเลือดต่ำ
- ระดับ parathyroid hormone-related protein ในเลือดต่ำ
- ระดับ 1,25-dihydroxyvitamin D ต่ำ
- ตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งเข้ากระดูก หรือ ไขกระดูก

3. Tumor production of 1,25-dihydroxyvitamin D พบได้ประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการผลิต 1,25-dihydroxyvitamin D จากเซลล์นอกไต ได้แก่ ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองทั้งชนิด Hodgkin และ non-Hodgkin^(6,16) และยังมีรายงานในมะเร็งชนิดอื่น เช่น ovarian dysgerminoma⁽¹⁷⁾ angiocentric lymphoma⁽¹⁸⁾ การเพิ่มขึ้นของ 1,25-dihydroxyvitamin D ทำให้แคลเซียมดูดซึมผ่านลำไส้เพิ่มมากขึ้น

สาเหตุอื่นๆ ของภาวะแคลเซียมสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่พบได้ไม่บ่อยนัก เช่น

- Ectopic parathyroid hormone secretion ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งต่อมพาราไทรอยด์ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งปอด
- โรคมะเร็งร่วมกับภาวะ primary hyperparathyroidism ซึ่งตรวจพบระดับแคลเซียมในเลือดสูง ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนพาราไทรอยด์

Figure 1 ร้อยละของกลไกการเกิดภาวะแคลเซียมสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง



อาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ดังแสดงในตารางที่ 1
ตารางที่ 1 แสดงอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

ระบบอวัยวะ	อาการทางคลินิก
ระบบทางเดินปัสสาวะ	Polyuria, nephrolithiasis, nephrocalcinosis, distal renal tubular acidosis, nephrogenic diabetes insipidus, acute kidney injury
ระบบทางเดินอาหาร	Anorexia, nausea, vomiting, constipation, pancreatitis, peptic ulcer
ระบบกล้ามเนื้อ	Muscle weakness, bone pain, osteoporosis/osteopenia
ระบบประสาท	Coma, confusion, fatigue, decreased concentration
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	Hypertension, bradycardia, Shorting of QT interval

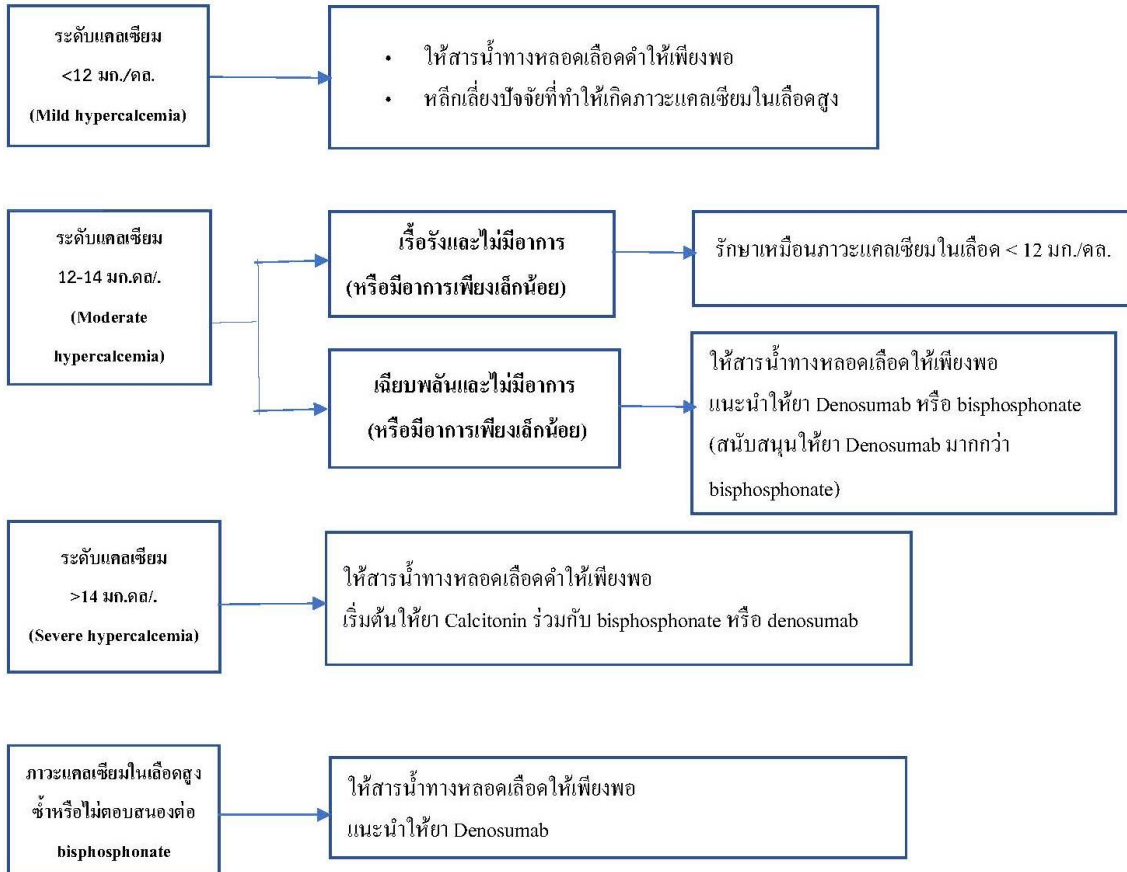
อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นกับระดับแคลเซียมในเลือดและอัตราการเพิ่มขึ้น โดยมี
ส่วนในการช่วยตัดสินใจการเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วย

สมาคมโรคต่อมไร้ท่อ (The Endocrine Society) ออกคำแนะนำแนวทางการรักษาภาวะ
แคลเซียมสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2565⁽¹⁹⁾ โดยแบ่งการรักษาภาวะแคลเซียมสูง
ตามระดับแคลเซียม และอาการแสดงของผู้ป่วยดัง Figure 2



Figure 2 แสดงแนวทางการรักษาภาวะแคลเซียมสูงตามระดับแคลเซียมและอาการแสดงของผู้ป่วย

Figure 2 แสดงแนวทางการรักษาภาวะแคลเซียมสูงตามระดับแคลเซียมและอาการแสดงของผู้ป่วย



การรักษาภาวะแคลเซียมสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. ให้สารน้ำ isotonic saline คนไข้ส่วนใหญ่ที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงมักมีภาวะขาดน้ำรุนแรง ส่งผลต่อการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะ⁽²⁰⁾ อัตราเร็วในการให้สารน้ำขึ้นกับระดับแคลเซียมในเลือด โรคร่วมโดยเฉพาะโรคหัวใจ/โรคไต หากไม่มีข้อห้าม แนะนำให้ isotonic saline เริ่มต้นที่อัตรา 200-300 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง คำนวณตามปริมาณปัสสาวะโดยมีเป้าหมายให้ปัสสาวะออก 100-150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. Calcitonin ออกฤทธิ์ลดระดับแคลเซียมโดยลดการสลายกระดูก รบกวนการทำงานของ osteoclast และเพิ่มการขับแคลเซียมทางไต ขนาดเริ่มต้น 4 ยูนิตต่อกิโลกรัม คำนวณตามระดับแคลเซียมทุก 4-6 ชั่วโมง หากแคลเซียมในเลือดต่ำ สามารถให้ซ้ำทุก 12 ชั่วโมง ในช่วงระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงแรกของการรักษา หากไม่ตอบสนองสามารถเพิ่มขนาดเป็น 8 ยูนิตต่อกิโลกรัม ทุก 6-12 ชั่วโมง ข้อเสียของยา คือ ภาวะ tachyphylaxis ยาได้ผลดีในช่วง 48 ชั่วโมงแรกของการรักษา⁽²¹⁾



3. Bisphosphonates เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีประสิทธิภาพดี มีข้อบ่งชี้ในการใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงระดับปานกลางถึงรุนแรง การศึกษาไปข้างหน้าแบบสุ่มเปรียบเทียบการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมกับการให้ยา Bisphosphonate (etidronate และ clodronate) เทียบกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเดียว พบว่า อัตราการหายจากภาวะแคลเซียมสูงในกลุ่มที่ได้รับ bisphosphonate ร่วมด้วยสูงกว่าการให้สารน้ำอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(22,23) ยาออกฤทธิ์จึงได้ประสิทธิภาพสูงสุดที่ระยะเวลา 2-4 วัน ดังนั้น จึงควรบริหารยา bisphosphonates ร่วมกับการให้สารน้ำ isotonic saline และ calcitonin ตั้งแต่ในระยะแรกเพื่อทำให้มีการลดลงของระดับแคลเซียมอย่างรวดเร็ว

ข้อควรพิจารณาก่อนการให้ยา bisphosphonates คือ

1. ควรส่งตรวจระดับวิตามินดี (Vitamin D level) เนื่องจากหลังการให้ยา bisphosphonate ผู้ป่วยอาจมีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำลงได้ หากผู้ป่วยมีภาวะพร่องวิตามินดีร่วมด้วยอาจส่งผลเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำและทำให้การแก้ไขยากขึ้น

2. ควรส่งตรวจค่าการทำงานของไต (creatinine) ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลง พิจารณาบริหารยา bisphosphonate ทางหลอดเลือดในอัตราที่ช้าลงหรือลดขนาดยา

ยาในกลุ่ม Bisphosphonate ที่ใช้แพร่หลายในประเทศไทย ได้แก่ zolendronic acid (ZA) และ pamidronate มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยา zolendronic acid กับยา pamidronate ในผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจากโรคมะเร็งจำนวน 275 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับยา zolendronic acid ขนาด 4 และ 8 มิลลิกรัม สามารถทำให้ระดับแคลเซียมกลับมาสู่เกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 88.4 และ 86.7 ตามลำดับ สูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับยา pamidronate 90 มิลลิกรัม (ร้อยละ 70) อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ในกลุ่มที่ได้รับยา zolendronic acid ยังรักษาให้ระดับแคลเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติได้นานกว่า⁽²⁴⁾ อย่างไรก็ตาม มีรายงานการเกิดผลข้างเคียงทางไตจากการให้ยา zolendronic acid ที่มากกว่ายา pamidronate ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายเข้ากระดูกเมื่อใช้ยาในระยะยาว แต่ไม่มีรายงานภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรงในทั้งสองกลุ่ม จากการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของยา zolendronic acid ขนาด 4 และ 8 มิลลิกรัม ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้คือ 4 มิลลิกรัม เนื่องจากมีผลข้างเคียงเรื่องไตน้อยกว่า และอัตราการเสียชีวิตที่น้อยกว่า

มีหลายการศึกษาทั้งแบบสังเกต และแบบสุ่มที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการให้ยา pamidronate ทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจากการสลายกระดูกที่เพิ่มขึ้นทั้งที่มีสาเหตุมาจากโรคมะเร็ง ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไปชนิดปฐมภูมิ การไม่เคลื่อนไหว ระดับวิตามินดีสูง และ โรคซาร์คอยโดซิส^(25,26) และพบว่า การให้ pamidronate 60 มิลลิกรัมในระยะเวลา 24 ชั่วโมง มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจากมะเร็งเหนือกว่าการได้ยา etidronate หรือ clodronate⁽²⁹⁾ การศึกษาในระยะต่อมาแสดงให้เห็นว่าการให้ยา pamidronate



ในระยะเวลาที่สั้นลง คือ 2-4 ชั่วโมง มีความปลอดภัย, มีประสิทธิภาพ และสามารถระดับแคลเซียมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นาน 2-4 สัปดาห์ ประสิทธิภาพในการลดระดับแคลเซียมสูงสุดพบในการให้ยา pamidronate ขนาด 90 มิลลิกรัม มีคำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องขนาดเริ่มต้นของการให้ยา pamidronate ตามระดับความรุนแรงของภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เช่น พิจารณาให้ pamidronate ขนาด 60 มิลลิกรัมในผู้ป่วยที่มีระดับแคลเซียมในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 13.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับแคลเซียมสูงกว่านั้นจะพิจารณาให้ยาในขนาด 90 มิลลิกรัม ซึ่งระดับแคลเซียมในเลือดจะเริ่มลดลงในระยะเวลา 1-2 วัน หลังได้ยา และอาจพิจารณาให้ยาซ้ำในระยะเวลามากกว่า 7 วัน ผู้ป่วยแคลเซียมในเลือดสูงจากภาวะ humoral hypercalcemia of malignancy, paraneoplastic syndrome ซึ่งเป็นผลมาจากการหลั่งสาร parathyroid-related protein (PTHrP) จากก้อนมะเร็ง การตอบสนองต่อยา pamidronate จะมีประสิทธิภาพด้อยกว่าเมื่อเทียบกับยา zoledronic acid⁽²⁸⁾

ผลข้างเคียงและข้อควรระวังในการให้ยา

ยา bisphosphonate ทางหลอดเลือดดำ พบผลข้างเคียง คือ อาการคล้ายไข้หวัด (Flu-like symptoms) ไข้ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ปวดกระดูก, การอักเสบของลูกตา (uveitis), ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ, ฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ, การทำงานของไตลดลง และโปรตีนรั่วในปัสสาวะ

การให้ยา bisphosphonate ต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดการตายของกระดูกขากรรไกร (osteonecrosis of jaw) และการหักของกระดูกต้นขา (ในผู้ป่วยที่มีการใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน) ผลข้างเคียงที่กล่าวมาสัมพันธ์กับการใช้ยาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งน่าจะพบได้น้อยในการรักษาผู้ป่วยที่มีระดับแคลเซียมในเลือดสูงแบบเฉียบพลันเนื่องจากการใช้ยามักให้เพียงครั้งเดียว

ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม คือ ผู้ที่มีระดับครีเอตินินในเลือดสูงกว่า 4.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรให้ยา bisphosphonate ทางหลอดเลือดดำด้วยความระมัดระวัง การให้สารน้ำ isotonic saline เพื่อให้ผู้ป่วยมีปริมาณสารน้ำในร่างกายเพียงพอ และมีการบริหารยา bisphosphonate ด้วยการลดขนาดยา และบริหารยาทางหลอดเลือดในอัตราเร็วที่ช้าลงจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงได้ การเกิดพิษต่อท่อไตจากยามีความสัมพันธ์กับอัตราเร็วในการให้ยา (infusion rate) ตัวอย่างการให้ยา เช่น zoledronic acid 2-4 มิลลิกรัม ให้ในระยะเวลา 30-60 นาที, pamidronate 30-45 มิลลิกรัม ในระยะเวลา มากกว่า 4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามต่อการให้ยา bisphosphonate เช่น ผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมรุนแรง แพ้ยา bisphosphonate หรือผู้ที่มีแคลเซียมในเลือดสูงที่ไม่ได้ผลจากการให้ยา zoledronic acid ในคนไข้เหล่านี้ การให้ยา denosumab เป็นทางเลือกในการรักษา โดยสามารถให้ยา denosumab ร่วมกับการให้ calcitonin และการให้สารน้ำ isotonic saline

3. Denosumab มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามต่อการให้ยา bisphosphonate หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงที่ต้องการรักษาด้วยยา bisphosphonate เริ่มให้ยาขนาด 60 มิลลิกรัม เข้าใต้ผิวหนัง ต้องมีการเฝ้าติดตามระดับแคลเซียมในเลือดด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม



เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ รวมถึงในผู้ที่มีการขาดวิตามินดีซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังได้ยา denosumab

Denosumab มีความแตกต่างจาก bisphosphonate เนื่องจากยาไม่ถูกขจัดออกทางไต ดังนั้นจึงไม่มีข้อจำกัดในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง รายงานการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจากมะเร็ง และมีภาวะไตเสื่อมรุนแรง (ระดับครีเอตินินในเลือด 2.5-5.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) หลังได้รับยา denosumab สามารถลดระดับแคลเซียมลงได้ในระยะเวลา 2-4 วัน และมีผู้ป่วย 1 ราย ที่มีค่าการทำงานของไตดีขึ้น⁽²⁹⁾ ดังนั้น ยา denosumab มีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยที่มีแคลเซียมในเลือดสูงร่วมกับมีภาวะไตเสื่อมรุนแรง⁽³⁰⁾

มีรายงานกรณีศึกษาการใช้ยา denosumab เพื่อรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงชนิดเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากโรคมะเร็ง และต่อการรักษาด้วย bisphosphonate โดยให้ยา denosumab 120 มิลลิกรัมฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ทุก 1 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3-4 สัปดาห์ จากนั้นให้ต่อทุก 1 เดือน พบว่า ภายในระยะเวลา 10 วัน ผู้ป่วยจำนวน 21 ราย จาก 33 ราย (คิดเป็นร้อยละ 64) สามารถลดระดับแคลเซียมลงมาน้อยกว่า 11.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁽³¹⁾ ในภาวะแคลเซียมในเลือดสูงที่ต้องได้รับการรักษา (Refractory hypercalcemia) ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ยา zoledronic acid เมื่อให้การรักษาด้วย denosumab ขนาด 120 มิลลิกรัม เข้าใต้ผิวหนัง หลังได้รับยาครั้งแรกเป็นเวลา 2-7 วัน หากระดับแคลเซียมไม่ลดลงสามารถพิจารณาให้ยาเพิ่มอีก 120 มิลลิกรัม หากโรคที่เป็นสาเหตุแคลเซียมในเลือดสูงยังไม่ได้รับการรักษา อาจมีความจำเป็นต้องให้ยาต่อเนื่องระยะยาวทุก 1 เดือน

ในปี พ.ศ.2565 The Endocrine Society ออกแนวทางเวชปฏิบัติทางการรักษาภาวะแคลเซียมสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยมีการปรับคำแนะนำ สนับสนุนการใช้ denosumab มากกว่า bisphosphonate⁽¹⁹⁾ โดยอ้างอิงจากการศึกษาต่างๆ อาทิเช่น การเปรียบเทียบการใช้ยา denosumab 120 มิลลิกรัม เทียบกับ zoledronic acid ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 30 มล./นาที/1.73 ตรม. พบว่า กลุ่ม denosumab มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแคลเซียมสูงน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁽³²⁾ ในเวลาต่อมา มีการวิจัยแบบสุ่มเพื่อแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของ denosumab พบว่า ยา denosumab สามารถชะลอระยะเวลาในการเกิดแคลเซียมในเลือดสูงครั้งแรก ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแคลเซียมสูงซ้ำ และลดการเกิดผลเสียต่อกระดูก (skeletal-related effect) ได้⁽³³⁾

4. Glucocorticoid ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ 1-alpha hydroxylase enzyme ซึ่งมีหน้าที่เปลี่ยน 25-hydroxyvitamin D เป็น calcitriol ส่งผลให้ลดการดูดซึมแคลเซียมจากทางเดินอาหาร มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแคลเซียมในเลือดสูงจาก tumor production of 1,25-dihydroxy vitamin D

5. การบำบัดทดแทนไต (Dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยการใช้ยาละลายไตที่ไม่มีแคลเซียมหรือแคลเซียมต่ำหรือการล้างไตทางหน้าท้องมีประสิทธิภาพดีในการรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูง และมักเป็นทางเลือกสุดท้ายเมื่อการรักษาอื่นไม่ได้ผล ข้อบ่งชี้ในการบำบัด



ทดแทนไต คือ ในผู้ป่วยที่มีระดับแคลเซียมในเลือดสูงรุนแรงร่วมกับมีภาวะการทำงานของไตลดลงหรือภาวะหัวใจวายที่ไม่สามารถให้สารน้ำได้

ตารางที่ 2 แสดงวิธีการรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจากโรคมะเร็ง

ชื่อยา/ขนาดยา/ความถี่ในการบริหารยา	กลไกการออกฤทธิ์	ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาในการออกฤทธิ์	ผลข้างเคียงจากยา
Isotonic saline hydration 1-2 ลิตร ทันที จากนั้นให้ในอัตรา 200-500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อให้มีปริมาณ ปัสสาวะ 100-150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง	1. แก้ไขภาวะขาดสารน้ำในหลอดเลือดดำ 2. เพิ่มการขจัดแคลเซียมทางปัสสาวะ	ทันทีที่เริ่มให้สารน้ำ	ระหว่างที่ให้สารน้ำลดระดับแคลเซียมได้ 1-1.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมงแรก	ประเมินสารน้ำในร่างกายด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน
Loop diuretics/ Furosemide 160 มิลลิกรัม/วัน ถึง 100 มิลลิกรัม/ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ หรือรับประทาน 40-60 มิลลิกรัม/วัน เริ่มให้ยาขับปัสสาวะหลังได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว	1. เพิ่มการขจัดแคลเซียมทางปัสสาวะโดยการยับยั้งการดูดกลับแคลเซียมที่ท่อไตส่วน thick ascending limb of Henle loop, ท่อไตส่วนต้นและท่อไตส่วนปลาย 2. รบกวน chloride cotransport system	ภายใน 3-60 นาที	2 ชั่วโมงถ้าให้ยาครั้งเดียว ระหว่างให้ยาถ้าให้ทางหลอดเลือดแบบต่อเนื่องลดระดับแคลเซียมได้ 0.5-1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	ภาวะขาดสารน้ำในร่างกาย การให้อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินในร่างกายหรือมีภาวะน้ำท่วมปอด
Salmon calcitonin/ CT 4-8 ยูนิต/กิโลกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง ทุก 6-12 ชั่วโมง สามารถบริหารยาได้ 48-72 ชั่วโมง	1. ยับยั้งการสลายกระดูกโดยรบกวนการทำงานของเซลล์ osteoclast 2. เพิ่มการขจัดแคลเซียมออกทางปัสสาวะ รวมทั้งการขจัดแมกนีเซียม	4-6 ชั่วโมง	6-8 ชั่วโมงสามารถลดระดับแคลเซียมได้เร็ว 1-2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	เกิดภาวะ Tachyphylaxis หลังเริ่มใช้ยาใน 48-72 ชั่วโมง



ชื่อยา/ขนาดยา/ความถี่ในการบริหารยา	กลไกการออกฤทธิ์	ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาในการออกฤทธิ์	ผลข้างเคียงจากยา
	โซเดียม โฟสเฟตเสริมและฟอสฟอรัส			
Bisphosphonate/BPs	1. ยับยั้งการสลายกระดูกโดยการไปยับยั้ง farnesyl pyrophosphate synthase (FPPS) ในเซลล์ osteoclast ทำให้เกิดการ apoptosis ของเซลล์ osteoclast 2. รบกวนการเกิด osteoclast recruitment and function			
Pamidronate/APD 60-90 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ใน 2-24 ชั่วโมง สามารถให้ซ้ำได้ทุก 2-3 สัปดาห์		48-72 ชั่วโมง	7-14 วัน (อาจนานได้ถึง 2-4 สัปดาห์) สามารถทำให้ระดับแคลเซียมกลับสู่ปกติได้ในผู้ป่วยร้อยละ 60-70	อาจทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันในรายที่มีอัตราการกรองน้อยกว่า 30-35 มิลลิลิตร/นาที
Zoledronic acid/ZLN 3-4 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ในระยะเวลา 15-30 นาที สามารถให้ซ้ำได้ในระยะเวลา 7 วัน หากระดับแคลเซียมในเลือดยังไม่ได้ระดับที่ต้องการ และให้ได้อีกครั้งที่ระยะเวลา 3-4 สัปดาห์หลังจากนั้น		48-72 ชั่วโมง	4-6 สัปดาห์ สามารถทำให้ระดับแคลเซียมกลับสู่ค่าปกติได้ในผู้ป่วยร้อยละ 80-90	อาจทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันในรายที่มีอัตราการกรองน้อยกว่า 30-35 มิลลิลิตร/นาที ต้องมีการปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที และบริหารยาในระยะเวลาที่นานขึ้นคือ 30-60 นาที



ชื่อยา/ขนาดยา/ความถี่ในการบริหารยา	กลไกการออกฤทธิ์	ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาในการออกฤทธิ์	ผลข้างเคียงจากยา
Glucocorticoids Hydrocortisone 200-400 มิลลิกรัม/วัน ทางหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 3-5 วัน prednisolone 60 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 10 วัน หรือ 10-20 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 7 วัน		2-5 วัน	ในช่วงที่บริหารยา	1. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2. ความดันโลหิตสูง 3. altered mental status
Denosumab/Dmab 120 มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง สามารถบริหารยาซ้ำได้ที่สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 หลังจากนั้นให้ได้ทุก 1 เดือน	ยับยั้งการสลายกระดูกผ่านการยับยั้ง RANKL, Dmab คือ antibody ต่อ RANKL และไปยับยั้งการจับกันของ RANKL และ RANK	3-10 วัน	1. ระยะเวลาในการเกิด complete response คือ 23 วัน 2. ระยะเวลาเฉลี่ยในการออกฤทธิ์ คือ 104 วัน 3. ทำให้ระดับแคลเซียมกลับสู่เกณฑ์ปกติในคนไข้ร้อยละ 70	การเกิด acute phase response, atypical femoral fractures และ osteonecrosis of jaw พบได้น้อยมาก
Calcimimetics แบบกิน เริ่มต้น 30 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เพิ่มขนาดได้ทุก 2-4 สัปดาห์ เป็น 60 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง, 90 มิลลิกรัม 3-4 ครั้งต่อวัน โดยติดตามระดับแคลเซียม	Calcium-sensing receptor agonist ลดการหลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์ และการดูดกลับแคลเซียมจากท่อไต	2-3 วัน	ลดระดับแคลเซียมลงอย่างน้อย 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ป่วยร้อยละ 60 ที่ได้รับยา	



สรุป

ในยุคปัจจุบันการวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษาโรคพัฒนาไปมาก มีการใช้ยาเคมีบำบัดรวมกับกลุ่มยามุ่งเป้า (targeted therapy) เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น การรักษาภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความเจ็บปวด เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมถึงเพิ่มการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งมากยิ่งขึ้น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การเข้าใจกลไกการเกิดโรครวมถึงแนวทางการรักษาที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นในเวชปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. Stewart AF. Clinical practice. Hypercalcemia associated with cancer. *N Engl J Med* 2005; 352:373.
2. Gardner DG. Endocrine emergencies. In Greenspan's Basic and Clinical Endocrinology, 8th ed., chapter 25, pp. 882–884. Eds DG Gardner & D Shoback. New York: McGraw Hill, 2018.
3. Ralston SH, Gallacher SJ, Patel U, Campbell J & Boyle IT. Cancer-associated hypercalcemia: morbidity and mortality. Clinical experience in 126 treated patients. *Annals of Internal Medicine*. 1990; 112 499–504.
4. Clines GA, Guise TA. Hypercalcaemia of malignancy and basic research on mechanisms responsible for osteolytic and osteoblastic metastasis to bone. *Endocr Relat Cancer*. 2005; 12:549.
5. Mirrakhimov AE. Hypercalcemia of Malignancy: An Update on Pathogenesis and Management. *N Am J Med Sci*. 2015; 7:483.
6. Guise TA, Wysolmerski JJ. Cancer- Associated Hypercalcemia. *N Engl J Med*. 2022; 386:1443.
7. Ratcliffe WA, Hutchesson AC, Bundred NJ, Ratcliffe JG. Role of assays for parathyroid-hormone-related protein in investigation of hypercalcaemia. *Lancet*. 1992; 339:164.
8. Ikeda K, Ohno H, Hane M. Development of a sensitive two-site immunoradiometric assay for parathyroid hormone-related peptide: evidence for elevated levels in plasma from patients with adult T-cell leukemia/lymphoma and B-cell lymphoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994; 79:1322.
9. Powell D, Singer FR, Murray TM, Minkin C & Potts JT Jr. Nonparathyroid humoral hypercalcemia in patients with neoplastic diseases. *N Engl J Med*. 1973; 289: 176–181.



10. Mundy GR & Martin TJ. The hypercalcemia of malignancy: pathogenesis and management. *Metabolism: Clinical and Experimental*. 1982. 31; 1247–77.
11. Gurney H, Grill V, Martin TJ. Parathyroid hormone-related protein and response to pamidronate in tumour-induced hypercalcaemia. *Lancet*. 1993; 341:1611.
12. Ling PJ, A'Hern RP, Hardy JR. Analysis of survival following treatment of tumour-induced hypercalcemia with intravenous pamidronate (APD). *Br J Cancer*. 1995; 72:206.
13. Horwitz MJ. Non-parathyroid hypercalcemia. In: *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism*, 9th ed, Bilezikian JP (Ed), Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ 2018. p.639.
14. Edwards CM, Silberman R. Myeloma bone disease and other hematological malignancies. In: *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism*, 9th ed, Bilezikian JP (Ed), Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ 2018. p.760.
15. Grill V, Ho P, Body JJ, et al. Parathyroid hormone-related protein: elevated levels in both humoral hypercalcemia of malignancy and hypercalcemia complicating metastatic breast cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 1991; 73:1309.
16. Seymour JF, Gagel RF. Calcitriol: the major humoral mediator of hypercalcemia in Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphomas. *Blood*. 1993; 82:1383.
17. Hibi M, Hara F, Tomishige H. 1,25-dihydroxyvitamin D-mediated hypercalcemia in ovarian dysgerminoma. *Pediatr Hematol Oncol*. 2008; 25:73.
18. Scheinman SJ, Kelberman MW, Tatum AH, Zamkoff KW. Hypercalcemia with excess serum 1,25 dihydroxyvitamin D in lymphomatoid granulomatosis/angiocentric lymphoma. *Am J Med Sci*. 1991; 301:178.
19. El-Hajj Fuleihan G, Clines GA, Hu MI. Treatment of Hypercalcemia of Malignancy in Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023; 108:507.
20. Hosking DJ, Cowley A, Bucknall CA. Rehydration in the treatment of severe hypercalcaemia. *Q J Med*. 1981; 50:473.
21. Minisola S, Pepe J, Piemonte S, Cipriani C. The diagnosis and management of hypercalcaemia. *BMJ*. 2015; 350:h2723.
22. Singer FR, Ritch PS, Lad TE. Treatment of hypercalcemia of malignancy with intravenous etidronate. A controlled, multicenter study. The Hypercalcemia Study Group. *Arch Intern Med*. 1991; 151:471.



23. Gucalp R, Theriault R, Gill I. Treatment of cancer-associated hypercalcemia. Double-blind comparison of rapid and slow intravenous infusion regimens of pamidronate disodium and saline alone. *Arch Intern Med.* 1994; 154:1935.
24. Major P, Lortholary A, Hon J. Zoledronic acid is superior to pamidronate in the treatment of hypercalcemia of malignancy: a pooled analysis of two randomized, controlled clinical trials. *J Clin Oncol.* 2001; 19:558.
25. Seisa MO, Nayfeh T, Hasan B, et al. A Systematic Review Supporting the Endocrine Society Clinical Practice Guideline on the Treatment of Hypercalcemia of Malignancy in Adults. *J Clin Endocrinol Metab.* 2023; 108:585.
26. Jansson S, Tisell LE, Lindstedt G, Lundberg PA. Disodium pamidronate in the preoperative treatment of hypercalcemia in patients with primary hyperparathyroidism. *Surgery.* 1991; 110:480.
27. Horwitz MJ. Non-parathyroid hypercalcemia. In: *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism*, 9th ed, Bilezikian JP (Ed), Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ 2018. p.639.
28. Major P, Lortholary A, Hon J. Zoledronic acid is superior to pamidronate in the treatment of hypercalcemia of malignancy: a pooled analysis of two randomized, controlled clinical trials. *J Clin Oncol.* 2001; 19:558.
29. Dietzek A, Connelly K, Cotugno M. Denosumab in hypercalcemia of malignancy: a case series. *J Oncol Pharm Pract.* 2015; 21:143.
30. Bech A, de Boer H. Denosumab for tumor-induced hypercalcemia complicated by renal failure. *Ann Intern Med.* 2012; 156:906.
31. Hu MI, Glezerman IG, Leboulleux S. Denosumab for treatment of hypercalcemia of malignancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014; 99:3144.
32. Stopeck AT, Lipton A, Body JJ. Denosumab compared with zoledronic acid for the treatment of bone metastases in patients with advanced breast cancer. *J Clin Oncol.* 2010; 28:5132-9.
33. Henry DH, Costa L, Goldwasser F. Randomized, double-blind study of denosumab versus zoledronic acid in the treatment of bone metastases in patients with advanced cancer (excluding breast and prostate cancer) or multiple myeloma. *J Clin Oncol.* 2011; 29:1125-32.
34. Diel IJ, Body JJ, Stopeck AT. The role of denosumab in the prevention of hypercalcaemia of malignancy in cancer patients with metastatic bone disease. *Eur J Cancer.* 2015; 51:1467-75.



ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการ
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง
SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM MANAGEMENT AND OUTCOMES OF
MANAGEMENT AMONG END STAGE RENAL DISEASE PATIENT WITH
PALLIATIVE CARE

Received: August 04, 2023

Revised: October 12, 2023

Accepted: November 08, 2023

ปิยพร พรพนม¹, สุพัตรา บัวที^{2*}, นงเยาว์ มีเทียน²

Piyaporn Pronpanom¹, Supatra Buatee^{2*}, Nongyow Meetian²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการและผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของคอคด์และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 89 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามประสบการณ์อาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิงเวียน และปวดมึนขา โดยอาการเหนื่อยล้า เป็นอาการที่เป็นมากที่สุดทั้งความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนประจำวันมากที่สุด ส่วนกลวิธีการจัดการอาการกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้วยตนเอง ได้แก่ การจัดการอาหารและน้ำ การปรับพฤติกรรมพักผ่อน การแพทย์ทางเลือก การปรับความคิดและจิตใจ การจัดการด้วยสิ่งแวดล้อม ผลของการจัดการส่วนใหญ่ พบว่า ดีขึ้น

จากการศึกษาที่ได้ พยาบาลควรนำประสบการณ์ของผู้ป่วยไปใช้ในการพัฒนา และวางแผนการดูแลเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ประสบการณ์, การจัดการ, ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

¹ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Master Student, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Assistant Professor, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

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



Abstract

The purpose of descriptive study were to explore the symptom experiences, symptom management strategies and symptom outcomes among of eighty-nine end stage renal diseases patient with palliative care. The data was collected by the symptom experiences questionnaires. The data were descriptive statistically analysis.

The finding revealed the first fifth order symptoms included fatigue, nausea/vomiting, insomnia, dizziness and pain. The most frequent symptom and most severely disrupted daily of life was fatigue. The symptom management included manage food and water, take a rest and take a nap, alternative medicine, meditation and cognitive, arrangement environment. The participant perceived the symptom revealed that feel better than they get.

The patient experiences used to develop care plan to support those who live with end stage renal diseases with palliative care to gain better living.

Keywords: experience, management, end-stage renal disease, palliative care



บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังทั่วโลกมีราว 850 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 11-12 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 ของประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ พบว่า จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตจากการที่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้มีมากถึง 2.9 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 8 ล้านคน⁽²⁾ การรักษาปัจจุบันใช้การบำบัดทดแทนไต แต่ยังพบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จากข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ สาเหตุเช่น การมีโรคร่วม วัยผู้สูงอายุ เหตุผลด้านเศรษฐกิจ และการไม่สนใจ⁽³⁾ ซึ่งการที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรง เป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบในด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽⁴⁾

การดูแลแบบประคับประคองโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ เน้นที่การบรรเทาอาการผิดปกติที่ปรากฏ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายจะคงที่และลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 1-6 เดือนก่อนเสียชีวิต⁽⁵⁾ มีวิถีของอาการที่ไม่แน่นอนตลอดระยะเวลา เกิดความวิตกกังวล เป้าหมายของการรักษาแบบประคับประคอง ปัจจุบัน คือ การบรรเทาอาการไม่สบายกาย การลดอาการแทรกซ้อน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี โดยไม่เร่งระยะเวลาหรือยื้อชีวิตให้การดำเนินของโรคเป็นไปตามวิถีธรรมชาติเพื่อการดูแลอย่างยืดหยุ่นและเป็นไปตามวิถีของอาการ จำเป็นต้องมีการประเมินอาการให้ครอบคลุมตามความต้องการ สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย มุ่งหมายลดความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการที่สอดคล้องเหมาะสมกับประสบการณ์การเกิดอาการของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งจำเป็นของการดูแลแบบประคับประคอง^(6,7)

อาการผิดปกติเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เกิดจากการไตไม่สามารถทำหน้าที่ขับของเสียออกจากร่างกาย มีการสะสมของเสียมากขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะในร่างกายหลากหลายระบบ⁽⁸⁾ ซึ่งมีงานวิจัย พบว่า มีการรับรู้อาการของผู้ป่วยมากกว่า 1 อาการ⁽⁹⁻¹¹⁾ จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีการจัดเป็นกลุ่มได้ 7 กลุ่มอาการ⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย กลุ่มอาการอ่อนเพลีย กลุ่มอาการทางระบบประสาท กลุ่มอาการของเสียคั่ง กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการทางผิวหนัง กลุ่มอาการทางเพศสัมพันธ์ และกลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ และยังพบว่า จากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม^(7,10) ภาวะอาการดังกล่าวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีเพียงการลดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาการจัดการที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อผลลัพธ์ด้านการรับรู้อาการที่ดีขึ้น สำหรับประเทศไทยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีความแตกต่างกันในลักษณะวิถีของอาการ⁽¹²⁾ กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนที่เลือกการดูแล



แบบประทับประคองจะพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้อาการเท่านั้น⁽¹³⁾ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประทับประคองได้เลือกปฏิบัติตามการรับรู้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการ และผลของการจัดการอาการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประทับประคอง เพื่อช่วยให้พยาบาลหรือนุเคราะห์ทางสุขภาพ ให้เกิดความเข้าใจอาการที่ผู้ป่วยเผชิญ และสามารถวางแผนการดูแลได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประทับประคอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการอาการของคอคและคณะ (2001)⁽¹⁴⁾ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประทับประคอง โดยแต่ละบุคคลจะมีการจัดการที่แตกต่างและหลากหลาย ทำให้ได้แนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับ ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ เป็นการรับรู้อาการของบุคคลใน 3 มิติ ได้แก่ 1) ความถี่ คือ การรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดบ่อยมากน้อยเพียงใด 2) ความรุนแรง คือ การที่ผู้ป่วยประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงเกิดผลระดับใด 4) การรบกวนชีวิตประจำวัน คือ การที่ผู้ป่วยประเมินว่าอาการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองอยู่ในระดับใด
2. การจัดการอาการ คือ วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และตอบสนองต่ออาการเหล่านั้น มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล
3. ผลของการจัดการ คือ การรับรู้ผลลัพธ์จากการประเมินจากประสิทธิผลของการจัดการอาการเป็นตัวชี้วัดของการจัดการอาการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประทับประคอง ณ โรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 102 ราย



กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 89 ราย คำนวณจากประชากร 102 ราย โดยใช้สูตร Yamane (1973) มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ ระดับค่าอัตราการกรองของไต น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m² ระดับความรู้สึกลึกซึ้งสามารถสื่อสารได้ สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบข้อมูล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพ และผู้ดูแลหลัก 2) ส่วนที่ผู้วิจัยกรอกข้อมูล โดยจากข้อมูลเวชระเบียน จำนวน 2 ข้อ สิทธิการรักษา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์อาการผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มีทั้งหมด 16 อาการ จะให้กลุ่มตัวอย่างระบุการรับรู้อาการว่า มี หรือ ไม่มีอาการ หากมีอาการจะได้อธิบายเพิ่มเติมทั้ง 3 มิติ คือ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวัน เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล ดังนี้

1. การรับรู้อาการ ลักษณะแบบสอบถามจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามว่า มี หรือ ไม่มีอาการ จากอาการทั้งหมด 16 อาการ แต่ละอาการผู้วิจัยแปลผลเป็นจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

2. ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันของอาการ จะให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ ประเมินรูปแบบ numeric rating scales (NRS) 0-10 กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกได้เพียงตัวเลขเดียว แปลผลได้ดังนี้

2.1) ความถี่ กำหนดให้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลือก คะแนน 1-3 หมายถึง มีอาการ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ คะแนน 4-6 หมายถึง มีอาการ 3-4 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 7-9 หมายถึง มีอาการ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ และคะแนน 10 หมายถึง มีอาการเกิดตลอดทุกวัน

2.2) ความรุนแรง กำหนดให้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรง ไปถึงคะแนน 10 หมายถึง มีความรุนแรงมาก

2.3) การรบกวนชีวิตประจำวัน กำหนดให้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่รบกวนชีวิตเลย ไปถึงคะแนน 10 หมายถึง มีการรบกวนชีวิตมาก

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการ เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับวิธี สามารถตอบได้อย่างอิสระ และผลของการจัดการตามวิธีดังกล่าวว่า ดีขึ้น คงเดิมหรือแย่ลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสบการณ์อาการที่ได้ หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.95 จากนั้นนำแบบสอบถามทดลองใช้ (try out) กับ



กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 ราย นำมาทดสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากอธิบายข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ สถานที่วิจัยเลือกบริเวณที่มีการรบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลา 30-45 นาที เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 89 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังได้รับอนุมัติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารเลขที่รับรอง: 355-359/2565 วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 การดำเนินการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยทราบ หากตอบรับหลังจากอธิบายข้อมูลให้ลงชื่อในใบยินยอม หลังเข้าร่วมการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยตัวตน เพื่อให้อิสระหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวก สามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อยุติได้ตลอดเวลา กรณีหากเกิดอาการผิดปกติขณะเข้าร่วม ผู้วิจัยจะประเมินอาการ ให้การช่วยเหลือ และส่งต่อการดูแลที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 68.43 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.40 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.90 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.20 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.00 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 62.07 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง ร้อยละ 71.90 มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 45.00

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลามากกว่า 3 ปี ร้อยละ 32.04 โรคร่วมที่พบมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.46 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 จะมีเจ็บป่วยมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 87.70

ประสบการณ์การอาการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นทั้ง 16 อาการ พบว่า 5 อันดับอาการที่พบบ่อยสูงสุด ได้แก่ เหนื่อยล้า ร้อยละ 98.90 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 95.50 นอนไม่หลับ ร้อยละ 94.44 วิงเวียน ร้อยละ



94.40 และปวดมึนชา ร้อยละ 92.11 ตามลำดับ ด้านมิติของอาการ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า 1) ความถี่ของการเกิดอาการ 5 อันดับแรก ได้แก่ เหนื่อยล้า เคลื่อนไหวลำบาก นอนไม่หลับ ปวดหรือมึนชา หายใจลำบาก 2) ความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก ได้แก่ เหนื่อยล้า เคลื่อนไหวลำบาก นอนไม่หลับ หายใจลำบาก ปวดมึนชา ตามลำดับ 3) การรบกวนชีวิตประจำวันของอาการ ได้แก่ เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ปวดมึนชา เคลื่อนไหวลำบาก วิงเวียน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของอาการที่เกิดขึ้นบ่อย และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมิติการเกิดอาการ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89 คน)

อาการ	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่	ความรุนแรง	การรบกวนชีวิตประจำวัน
	n (%)	mean (S.D.)	mean (S.D.)	mean (S.D.)
1. เหนื่อยล้า	88 (98.91)	6.74 (0.91)	7.90 (1.75)	6.24 (1.05)
2. เคลื่อนไหว/อาเจียน	85 (95.51)	5.20 (0.89)	5.90 (1.53)	4.76 (0.93)
3. นอนไม่หลับ	84 (94.40)	5.76 (0.80)	6.58 (1.66)	6.02 (1.17)
4. วิงเวียน	84 (94.40)	5.50 (0.94)	6.26 (1.54)	5.10 (1.05)
5. ปวดมึนชา	82 (92.13)	5.64 (0.93)	6.42 (1.66)	5.96 (3.30)
6. เคลื่อนไหวลำบาก	82 (92.14)	6.12 (1.09)	7.12 (4.41)	5.50 (1.16)
7. บวมตามร่างกาย	81 (90.10)	5.10 (0.90)	5.34 (1.50)	4.67 (0.91)
8. เบื่ออาหาร	80 (89.92)	4.92 (0.89)	5.32 (1.54)	4.48 (1.02)
9. หายใจลำบาก	79 (88.89)	5.52 (1.00)	6.44 (2.76)	4.80 (1.03)
10. ปาก/คอ แห้ง	75 (84.31)	4.36 (1.01)	4.62 (1.40)	4.22 (1.03)
11. ขากระตุก	74 (83.11)	4.46 (1.05)	4.57 (1.40)	4.08 (0.97)
12. ท้องผูก	73 (82.00)	4.06 (0.89)	4.60 (1.68)	4.06 (0.87)
13. อาการคันผิวหนังแห้ง	72 (80.80)	4.58 (0.99)	4.66 (1.51)	4.08 (1.07)
14. ซึมเศร้า เครียด	66 (74.20)	4.17 (1.11)	3.58 (1.34)	1.89 (0.91)
15. ง่วงซึม	33 (37.11)	4.76 (0.87)	2.60 (1.44)	2.74 (0.71)
16. ท้องเสีย	33 (37.13)	4.34 (1.03)	2.67 (1.25)	3.04 (0.90)

หมายเหตุ : ตัวหนา = อาการ 5 อันดับแรก



การจัดการและผลของการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้วิธีการจัดการที่หลากหลายร่วมกัน เพื่อจัดการอาการที่เกิดขึ้น สรุปผลของการจัดการอาการตามอาการที่พบบ่อย 5 อาการแรกอธิบายได้ ดังนี้

1. อาการเหนื่อยล้า มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติประจำ และได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ การนั่ง/นอนพัก เป็นกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการปรับพฤติกรรมการพักผ่อนเพื่อสงวนพลังงาน มากที่สุด ร้อยละ 43.18 รองลงมา คือ การนวดตามร่างกาย ร้อยละ 34.08 เป็นวิธีที่พบโดยส่วนใหญ่ ในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ผลลัพธ์ในการใช้วิธีการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า เป็นการปฏิบัติ ทำให้มีการรับรู้อาการดีขึ้น แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้การจัดการเป็นประจำและบ่อยครั้ง

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่เลือกรูปแบบการจัดการด้านอาหารและน้ำมากถึงร้อยละ 35.28 วิธีที่ใช้ คือ การรับประทานอาหารรสเปรี้ยว การจิบน้ำบ่อยๆ การอมน้ำแข็ง รองลงมา คือ การงดรับประทานอาหารและน้ำ ร้อยละ 25.88 การเลือกใช้การจัดการส่วนใหญ่เห็นได้ว่าเป็นการหลีกเลี่ยงการกระตุ้นการเกิดอาการ ผลลัพธ์จากการเลือกใช้วิธีการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้จากการวิเคราะห์ พบว่า ดีขึ้น ช่วยให้อาการลดลงได้

3. อาการนอนไม่หลับ มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติประจำ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่วนใหญ่เลือกรูปแบบการจัดการความคิดและจิตใจ ร้อยละ 57.85 ได้แก่ การฟังดนตรี การฟังธรรม และการทำสมาธิ รองลงมา คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมมากถึงร้อยละ 34.50 ได้แก่ การลดเสียงรบกวนและแสงสว่าง การมีอากาศที่ถ่ายเท เห็นได้ชัดว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้ทั้งทางกายภาพและจิตใจ ผลลัพธ์ที่พบโดยส่วนใหญ่ ประเมินตามการรับรู้ พบว่า ดีขึ้น สามารถนอนหลับได้ แต่ใช้เวลานานเพื่อหลับสนิท

4. อาการปวดเมื่อย มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติประจำ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่วนใหญ่เลือกรูปแบบการจัดการโดยการใช้แพทย์ทางเลือก คือ การนวด เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้ในการจัดการอาการปวดเมื่อยมากที่สุด ร้อยละ 35.36 รองลงมา คือ การใช้ยาทาบริเวณที่มีอาการ ร้อยละ 25.60 ผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆ กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า ทำให้มีการรับรู้อาการดีขึ้น บรรเทาอาการได้ และนอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 15.85 สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ได้แก่ การอดทนจนกว่าอาการจะดีขึ้น การซื้อยารับประทานเอง

5. อาการวิงเวียน มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติเป็นประจำ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่วนใหญ่เลือกใช้การจัดการอาการ โดยใช้การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 26.67 คือ การใช้ยาคุมสมุนไพร รองลงมา คือ การปรับพฤติกรรม ร้อยละ 16.67 คือ การนอนพัก นั่งพัก การเปลี่ยนท่าช้าลง และการใช้น้ำเย็นลูบตามร่างกาย ผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินตามการรับรู้ พบว่า ดีขึ้น บรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้ ลดลงแต่ไม่ได้หายขาดในทันที ส่วนใหญ่จะใช้เวลามากกว่าจะสามารถกลับคืนสู่การทำกิจกรรมปกติได้



อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของคอคดด์ และคณะ เนื่องจากสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ประสิทธิภาพอาการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อาการที่พบมากที่สุดอาจไม่ใช่อาการที่มีอิทธิพลต่อ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด และการจัดการอาการนั้นมีหลากหลายวิธีตามความเข้าใจของแต่ละบุคคล แตกต่างตามการรับรู้ โดยในการอภิปรายครั้งนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอตาม 3 อันดับอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 98.91 และมีคะแนนค่าเฉลี่ยทั้ง 3 มิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีภาวะยูรีเมียเป็นสารขัดขวางการสร้างเม็ดเลือดแดง ส่งผลทำให้การสร้างฮอร์โมนอีโรพอยติน (erythropoietin) และปริมาณออกซิเจนในเซลล์ต่างๆ ของร่างกายลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตมากขึ้น^(16,17)

2) อาการคลื่นไส้/อาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อย และรุนแรงในระดับมาก จากภาวะยูรีเมียมีผลต่ออวัยวะน้ำลายทำให้การรับรสเสีย ลิ้นมีรสเพี้ยน ความรุนแรงของการนั้นมีผลเกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสังคมได้นาน หรือ การเหนื่อยล้าจากอาการคลื่นไส้/อาเจียนที่ไปส่งผลต่อการรับประทานอาหาร กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ การจิบน้ำบ่อยๆ การรับประทานอาหารรสเปรี้ยว มีการศึกษา พบว่า น้ำจืดสามารถที่จะลดอาการคลื่นไส้/อาเจียนได้มากถึงร้อยละ 60 อีกทั้งยังพบว่า การกดจุดบริเวณข้อมือช่วยลดอาการได้⁽¹⁵⁾

3) อาการนอนไม่หลับ เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง เช่นเดียวกับความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อาจจะมีมากขึ้นในวัยผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป อธิบายได้ว่า ภาวะยูรีเมียนี้เองที่ทำให้ฮอร์โมนในร่างกายทำงานผิดปกติ นำไปสู่การทำงานของฮอร์โมนอัลโดสเทอโรนผิดปกติ ทำให้ร่างกายถูกยับยั้งเข้าสู่การนอนหลับในระยะหลับลึก หรือ non-REM⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการนอนไม่หลับ ซึ่งส่งผลให้เกิดผลพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ เวลานอนผิดปกติ อ่อนเพลียง่าย ไม่มีสมาธิ สับสน^(18,19)

จากอาการที่เกิดขึ้นข้างต้น จะเห็นได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความเกี่ยวข้องกันในทางพยาธิสภาพของโรคเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาทางเลือกในการรักษามากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยในด้านความถี่ ความรุนแรงของอาการที่รายงานมา บางอาการนั้นอาจจะไม่ได้เกิดความถี่มากตามไปด้วย จะเห็นได้ว่า หากแบ่งช่วงคะแนนตามการใช้ในแบบการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ESAS ชื่อเต็มว่า Edmonton Symptom Assessment System ให้คะแนนจาก 0-10 คะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุด⁽²¹⁾ ซึ่งจะพบว่า มีระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่



จึงไม่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง กำหนดเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ควบให้อาการอยู่ที่ระดับ 0-3 จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยยังรับรู้อาการอยู่ในระดับมาก คือ 7-10^(7,17) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแม้จะเป็นระยะสุดท้ายควรดูแลให้มีอาการคงที่ เพราะการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยยังทำได้ จึงมีการแสวงหาวิธีการจัดการอาการกันหลากหลายรูปแบบ ต่างจากกลุ่มโรคอื่นที่มีการใช้ยา หรือต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากกว่า⁽²⁰⁾ ดังนั้น การศึกษากลวิธีในการจัดการอาการที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อลดภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นนั้นเป็นหัวข้อที่จำเป็นในการลดผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้น

จากวิถีของอาการที่ไม่สม่ำเสมอผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ใช้วิธีการจัดการที่หลากหลายตามการรับรู้อาการของแต่ละบุคคลเกิดรูปแบบทั้งที่ได้มาตรฐานและต้องปรับหรือส่งเสริมให้มีความเหมาะสม เกิดจากตัวบุคคลที่มีความต้องการในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นแสวงหาการจัดการให้เข้ากับบริบทบุคคล ในที่นี้ผู้วิจัยนำเสนอกลวิธีที่ใช้พบว่า 5 อาการที่พบบ่อย มีรูปแบบการจัดการมากถึง 44 วิธี เพื่อหวังผลเกิดความรุนแรงลดลงตามการรับรู้ที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองเป็นกลุ่มที่เผชิญกับอาการที่หลากหลายอาการ การที่จะส่งเสริมการจัดการอาการที่เหมาะสมจะต้องมีความเฉพาะทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ^(12,14) ดังเช่น

1) การจัดการอาการเหนื่อยล้า การเหนื่อยล้าในการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างการนอนหรือนั่งพักและการใช้ยาคุมสมุนไพรร และ การรับประทานผลไม้ จะเห็นได้ว่า มีบางรูปแบบการจัดการอาการที่เสี่ยงต่อการอาการแทรกซ้อน ในลักษณะของการเบี่ยงเบนความสนใจทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การฝึกโยคะ การออกกำลังกายแบบแรงต้าน การใช้ยาสมุนไพรรแบบสูดดม กลุ่มที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง พบการรักษาที่เลือกใช้ยา เช่น การใช้ Fluoxetine, sertraline และการไม่ใช้ยา เช่น การกำหนดลมหายใจ⁽²²⁾

2) การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน จากการศึกษา คือ การรับประทานอาหารรสเปรี้ยว การจิบน้ำบ่อยๆ และรับประทานอาหารช้า ๆ ผู้ป่วยบำบัดไตทดแทนด้วยเครื่องฟอกไต ใช้วิธี การกดจุดบริเวณข้อมือ การกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น⁽²³⁾ ในกลุ่มโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีเพียงรูปแบบการใช้ยา เช่น metoclopramide, haloperidol⁽²²⁾ จะเห็นได้ว่า การจัดการยังไม่ได้แก้สาเหตุของการเกิดอาการ คือ การลดการคั่งของเสียและการจัดการอาการอาหาร การจิบน้ำจะส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

3) การจัดการอาการนอนไม่หลับ การศึกษาที่พบส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้ยาและไม่ได้จัดการอาการ ปล่อยให้เกิดอาการโดยจะชดเชยการนอนโดยการนอนกลางวันเพิ่มขึ้น เป็นการจัดการที่จะทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตในร่างกายทำงานได้ไม่ปกติ ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนในเซลล์



ของร่างกายลดลง เกิดของเสียคั่งเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁸⁾ ในรูปแบบการจัดการอาการนอนไม่หลับนั้นส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มที่บำบัดทดแทนไต เช่น การฟังเพลง การบำบัดโดยใช้สมาธิ การใช้น้ำมันหอมระเหย เป็นต้น^(24,25) ซึ่งการจัดการนี้เหมาะสมทำให้ลดการใช้พลังงานมีผลทำให้ของเสียลดลง

ผลของการจัดการจากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นในส่วนของการรับรู้อาการหลังได้รับการจัดการ พบว่า ดีขึ้นขณะหนึ่ง และไม่ทำให้ต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือเกิดภาวะพึ่งพิงต่อบุคคลอื่น แต่วงจรของการเกิดอาการยังคงอยู่ การรับรู้ว่าอาการดีขึ้น แต่ยังมีโอกาสเกิดอาการได้อย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนผลของการจัดการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาส่วนใหญ่ของระยะสุดท้ายจะมุ่งหวังตัวชี้วัดร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น ความผาสุก การวัดผลความเข้าใจความต้องการทางการดูแล ที่จะเน้นในเรื่องของการจัดการทางจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ^(26,27) จากเหตุนี้จำเป็นที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ต้องการ ให้ตรงกับประสบการณ์อาการที่เผชิญในวิถีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากการศึกษานี้ พบว่า ประสบการณ์อาการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ต้องได้รับการประเมินอาการเพื่อให้เกิดการจัดการอย่างเหมาะสม เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการ การส่งเสริมกลวิธีการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการดำเนินของโรคที่จำเป็นจะต้องเร่งแก้ไข หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ดังนั้น การประเมินประสบการณ์การเกิดอาการและการจัดการอาการที่เกิดขึ้น หากมีความเข้าใจในการประเมินจะนำมาสู่การดูแล การจัดการอาการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และตอบสนองความต้องการตามเจตจำนงค์ที่ได้รับการวางแผนไว้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากงานวิจัยที่พบ ควรมีการส่งเสริมการประเมินอาการให้กับทีมสุขภาพ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการอาการเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ เพื่อให้เกิดการจัดการอาการที่ครอบคลุม และในด้านการวิจัยควรมีการศึกษาเชิงทดลองในรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการอาการให้ได้กลวิธีที่เหมาะสมในการจัดการอาการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง



เอกสารอ้างอิง

1. Luyckx VA, Tonelli MO, Stanifer JW. Bull World Health Organ. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. 2018; 96(6): 414-422.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2565]; 41. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4768?locale-attribute=th>
3. อภิรดี อภิวัฒน์นกร, ศศิธร ไชยประสิทธิ์. การปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรดิตถ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(6): 546-551.
4. Verberne WR, Dijkers J, Kelder JC, Geers AB, Jellema WT, Vincent HH, et al. Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. BMC Nephrology. 2018; 19(1): 205-224.
5. Phang K, Abdul Latif AAL, Lee KW, Ching SM, Ooi PB. Effects of Psychotherapy on Quality of Life in End-stage Renal Disease Patients: A Systematic Review with Meta-analysis. Oman Med J. 2022 May 31; 37(3): e383. doi: 10.5001/omj.2021.88. PMID: 35712372; PMCID: PMC9188738.
6. O'Connor NR, Corcoran AM. End-stage renal disease: symptom management and advance care planning. Am Fam Physician. 2012 Apr 1;85(7):705-10. Erratum in: Am Fam Physician. 2012 May 15;85(10):950. Dosage error in article text. PMID: 22534347.
7. Massy ZA, Chesnaye NC, Larabi IA, Dekker FW, Evans M, Caskey FJ, et al. The relationship between uremic toxins and symptoms in older men and women with advanced chronic kidney disease. Clin Kidney J. 2022; 15: 798-807.
8. Almutary H, Douglas C, Bonner A. Towards a symptom cluster model in chronic kidney disease: A structural equation approach. J Adv Nurse. 2017; 73: 2450-2461.
9. Moore C, Santhakumaran S, Martin GP, Wilkinson TJ, Caskey FJ, Magadi W, et al. Symptom clusters in chronic kidney disease and their association with people's ability to perform usual activities. PloS one Journal. 2022; 17: 2-16.
10. อนุชา ไทยวงษ์, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35: 120-128.



11. Raghavan D, Holley JL. Conservative Care of the Elderly CKD Patient: A Practical Guide. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2016 Jan;23(1):51-6. doi: 10.1053/j.ackd.2015.08.003. PMID: 26709063.
12. Karadag E, Kilic SP, Metin O. Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients. *Nurs Health Sci*. 2013 Jun;15(2):164-71. doi: 10.1111/nhs.12008.
13. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*. 2001; 33(55): 668-76.
14. Garlapati P, Gajjar E, Then EO, Gayam V. End-stage renal disease and lower gastrointestinal bleeding-A propensity-matched analysis of nationwide inpatient sample. *International Journal of Clinical Practice*. 2021; 75(2). doi.org/10.1111/ijcp.13633.
15. Wong J, Marr P, Kwan D, Meiyappan S, Adcock L. Identification of inappropriate medication use in elderly patients with frequent emergency department visits. *Can Pharm J (Ott)*. 2014 Jul; 147(4): 248-56.
16. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/e-BOOK-palliative-care.pdf>
17. Boje J, Madsen JK, Finderup J. Palliative care needs experienced by Danish patients with end-stage kidney disease. *J Ren Care*. 2021 Sep;47(3):169-183. doi: 10.1111/jorc.12347.
18. Maung SC, Sara AE, Chapman C, Cohen D, Cukor D. Sleep disorders and chronic kidney disease. *World J Nephrol*. 2016; 5(3): 224-32.
19. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(6):1017-1024.
20. Imamah NF, Lin HR. Palliative Care in Patients with End-Stage Renal Disease: A Meta Synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 11;18(20):10651. doi: 10.3390/ijerph182010651. PMID: 34682395; PMCID: PMC8535479.
21. Dhiliwal S, Salins N, Deodhar J, Rao R, Muckaden MA. Pilot Testing of Triage Coding System in Home-based Palliative Care Using Edmonton Symptom Assessment Scale. *Indian journal of palliative care*. 2016;22: 19-24.
22. Davey CH, Webel AR, Sehgal AR, Voss JG, Huml A. Fatigue in Individuals with End Stage Renal Disease. *Nephrol Nurs J*. 2019 Sep-Oct;46(5):497-508. PMID: 31566345; PMCID: PMC7047987



23. Ju A, Unruh ML, Davison SN, Dapuelto J, Dew MA, Fluck R, Germain M, Jassal SV, Obrador G, O'Donoghue D, Tugwell P, Craig JC, Ralph AF, Howell M, Tong A. Patient-Reported Outcome Measures for Fatigue in Patients on Hemodialysis: A Systematic Review. *Am J Kidney Dis.* 2018 Mar; 71(3): 327-343. doi: 10.1053/j.ajkd.2017.08.019. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29198388.
24. Jermrod, P., Klangburam, N. The Context That Promotes Self-care to Delay the Deterioration of the Kidney in Patients with Chronic Kidney Disease. *JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE.* 2021; 32(2); 195–211.
25. Siripuk Chansangsa. The Elderly's Experience in "Lueadlompraepuran" Therapy by Yahom. *Journal of Traditional Thai Medical Research.* 2020; 6(2): 35-49.
26. Lindberg M, Lundström-Landegren K, Johansson P, Lidén S, Holm U. Competencies for practice in renal care: a national Delphi study. *J Ren Care.* 2012; 38(2): 69-75.
27. American Nephrology Nurse Association. Position statement nephrology nurse's role in palliative and end-of-life care. *Nephrol Nurs J* 2018; 45(6): 549-51, 613.



ประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล

CAREGIVER'S EXPERIENCE IN PRESCHOOL CHILDREN WITH UNCONTROLLED ASTHMA

Received: June 01, 2023

Revised: October 31, 2023

Accepted: November 09, 2023

กานต์รวี โบราณมูล¹, ศิราณี อิมน้ำขาว^{1*}

Gantrawee Boranmoon¹, Siranee Imnamkhao^{1*}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล

รูปแบบและวิธีวิจัย : วิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 ราย ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กโรคหืด อายุระหว่าง 3 - 6 ปี ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ตามเกณฑ์ของ GINA guideline รับการรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์

ผลการศึกษา : ผู้ดูแลให้ความหมายของโรคหืดเป็นโรคภูมิแพ้ ติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง นাকัฉและเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ เกิดจากการแพ้สิ่งต่างๆ รับรู้และจัดการเมื่อมีอาการไอ เป็นหวัด และมีหอบ จมูกบาน เชื่อว่าการพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ และการดูแลให้เด็กแข็งแรง หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นจะหายขาด แต่การดูแลโดยเฉพาะการพ่นยาแตกต่างกันมาก หลายรายไม่มั่นใจ ส่งผลให้อาการกำเริบรุนแรงและเกิดความกังวลมาก กลัวเด็กเสียชีวิต การจัดการที่คิดว่าทำได้ยาก คือ การลดสิ่งกระตุ้นและต้องการให้มีการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การพยาบาลต้องประเมินตามสภาพการณ์จริงของแต่ละครอบครัว เพื่อนำสู่ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแล ครอบครัวเพื่อการจัดการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล, เด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้

¹ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: siranee@smnc.ac.th



Abstract:

Objective: To study the experience of caregivers in preschool children with uncontrolled asthma.

Methods: This was a qualitative study conducted from January to August 2021. The sample consisted of 15 caregivers of preschool children with uncontrolled asthma. Semi-structured interviews were used and analyzed using content analysis that passed inspection by experts.

Results: Caregivers understood asthma as an allergy, a severe respiratory infection, a scary and genetic disorder, resulting from genetics and allergies. They recognized and managed symptoms such as cough, cold, and wheezing. They believed that regular medical appointments and care to maintain children's health and avoid triggers were crucial. However, caregiver management, particularly regarding inhaler use, varied considerably, leading to exacerbation and increased anxiety about the risk of death. They considered reducing triggers to be challenging and required support from family and community. Nursing professionals needed to assess each family's situation to provide accurate information and support.

Conclusion: Caregivers have various understandings and approaches to asthma management, particularly inhaler use. Therefore, it is essential to provide standardized information and support to caregivers of preschool children with asthma to improve asthma management and avoid exacerbation.

Keywords: experience of caregiver, preschool children with uncontrolled asthma



บทนำ

โรคหืด (asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยมากในเด็กทั่วโลก จากการศึกษาสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดประมาณ 1.519 ล้านคน⁽¹⁾ เด็กที่เป็นโรคหืดเกือบทุกรายล้วนได้รับผลกระทบ ต่อตัวเด็ก และครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน เด็กโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้⁽²⁾ จากการศึกษาวิจัยหลายฉบับ พบว่า เด็กโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ มักมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กทั่วไป และส่งผลกระทบต่อพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ต้องขาดงาน เพื่มาดูแล บุตรหลานที่เจ็บป่วย⁽³⁾

โรคหืดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถ “ควบคุมโรคได้” (controlled) ดังนั้น เป้าหมายในการรักษาโรคหืดในปัจจุบันจึงมุ่งให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมโรคได้ (controlled) โดยใช้เกณฑ์การประเมินการควบคุมโรคซึ่งแบ่งระดับการควบคุมโรคออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ควบคุมโรคไม่ได้ (Uncontrolled) ควบคุมโรคได้บางส่วน (Partly controlled) และควบคุมโรคได้ (controlled) โดยการควบคุมโรคได้ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กโรคหืดต้องไม่มีอาการหอบหืดในช่วงเวลา กลางวันหรือมีอาการน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีอาการหอบหืดในช่วงเวลากลางคืนจนรบกวน การนอนหลับ ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ไม่มีการใช้ยาขยาย หลอดลมหรือมีการใช้ยาน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีสมรรถภาพปอดเป็นปกติ⁽⁴⁾ โดยเน้น การรักษาด้วยยา ควบคู่ไปกับการสร้างความร่วมมือกับเด็กโรคหืด และผู้ดูแลในการประเมินและ กำกับติดตามการควบคุมโรค การจัดการกับอาการหอบที่เหมาะสม รวมทั้งการจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ ทำให้เกิดอาการหอบ แม้ว่าในปัจจุบันการดูแลรักษาเด็กโรคหืดได้พัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่ยังคงพบว่า เด็กโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ยังมีสูง⁽⁵⁾ สำหรับจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีเด็กโรคหืด มีอาการหอบจนต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 32.91 และมีเด็กมาพ่นยาที่โรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง ใน 1 ปี ถึงร้อยละ 39.22⁽⁶⁾

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยมากเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาล มหาสารคาม และพบปัญหาว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหืด ทำให้ การดูแลเบื้องต้นขณะมีอาการหืดกำเริบไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเด็กโรคหืดจึงมีความเสี่ยงต่ออาการหืดกำเริบ จนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และในโรงพยาบาล โดยจากข้อมูลในปี 2557-2559 พบว่า จำนวนครั้งของการพ่นยาจากอาการหืดกำเริบที่ห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 405, 578 เป็น 702 ครั้งต่อปี ตามลำดับ⁽⁶⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลเด็ก โรคหืดเป็นการศึกษาเชิงปริมาณในประเด็นของการสร้างโปรแกรมการดูแลเด็กโรคหืด ประเมิน ความรู้ ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติ แต่เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียน ความสามารถในการดูแลตนเอง ยังต้องอาศัยผู้ดูแล นอกจากนี้ ด้วยสรีระของปอดยังไม่แข็งแรง และการดูแลตนเองของเด็กยังทำได้ ไม่เต็มที่ การดูแลเรื่องการป้องกัน และดูแลเมื่อเกิดอาการจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแล



สุขภาพในแต่ละระยะของการจับหัด การศึกษาเชิงปริมาณที่ผ่านมาสะท้อนการรับรู้ และการปฏิบัติตนในการดูแลเด็ก เป็นไปตามโปรแกรม แต่กลับพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนยังมีปัญหาของอาการที่ควบคุมโรคไม่ได้ การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาเชิงลึกสำหรับกลุ่มเด็กโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ จะสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้ดูแลในแต่ละบริบทรอบครัว และอาการของเด็กแต่ละราย ปัญหาและปัจจัยรอบด้านของเด็กและครอบครัวที่มีความแตกต่างกัน จะนำมาซึ่งข้อมูลของประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด เป็นกลุ่มแรกที่ต้องดูแลเด็กก่อนส่งถึงบุคลากรทางการแพทย์ ในมิติต่างๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้โดยตรงจากผู้มีประสบการณ์ตรงในการประเมินอาการ การตัดสินใจในการให้การดูแลเมื่อเด็กมีอาการแสดงแต่ละระยะตามการรับรู้และประสบการณ์ของตนเอง อันจะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงข้อมูลที่สอดคล้องกับการประเมินเชิงปริมาณที่ผ่านมาได้ ซึ่งมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการนำประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มาใช้เพื่อประกอบการพัฒนาคุณภาพการบริการที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้ดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการควบคุมโรคที่แท้จริง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาเด็กโรคหืดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน โรคหืดกลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 ราย โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาได้แก่ เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ตามเกณฑ์ของ GINA guideline ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2564 โดยเป็นผู้ดูแลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้เป็นปกติ และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกได้แก่ เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่พบว่า มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังที่รุนแรง เช่น โรคปอดอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาแนวคิดของเซาว์ ที่กล่าวถึงภาระของผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กโรคหืดเป็นทีครอบคลุมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลเด็กป่วย⁽⁷⁾

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 24 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความหมายของโรค ได้แก่ มุมมองโรคหืดในความเข้าใจของผู้ดูแลเมื่อกล่าวถึงโรคหืดและเหตุผลของการให้ความหมาย

2) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค ได้แก่ (1) การรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคหืด (2) การรักษา เหตุผลของการรับรู้ในแต่ละประเด็นที่ให้ข้อมูล (3) ปัจจัยที่ทำให้อาการของเด็กแย่ลง และการรับรู้อาการแสดง (4) การรับรู้ปัจจัยหรือสิ่งที่ทำให้อาการของเด็กดีขึ้น (5) การรับรู้อาการหอบ การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดอาการหอบ (6) การดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อ

3) ด้านการจัดการกับอาการหอบของเด็ก ได้แก่ (1)การจัดการที่บ้านเพื่อลดอาการหอบ (2) การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว (3)การดูแลเด็กโรคหืดในมุมมองที่ผู้ดูแลทำได้ดีที่สุดพร้อมเหตุผล

4) ด้านอุปสรรคของการควบคุมอาการกำเริบของโรค ได้แก่ (1) สิ่งที่ยากลำบากที่สุดเกี่ยวกับอาการหอบของเด็ก พร้อมเหตุผล (2) ปัญหาอุปสรรคของการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลและครอบครัว (3) ปัญหาที่ทำให้เด็กยังมีอาการหอบบ่อยๆ 4) ประวัติของการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว พร้อมการจัดการ 5) ความยากลำบากในการใช้ยาที่เด็กใช้ ประวัติการหยุดยา เพิ่มยาเองของผู้ดูแล 6) สิ่งกระตุ้นอาการหอบที่คิดว่าไม่สามารถจัดการได้/จัดการได้ยาก 7) คนในชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เป็นสิ่งที่ทำให้เด็กอาการไม่ดี หรือกระตุ้นให้เด็กอาการกำเริบ/ปัญหาในชุมชนที่ทำให้เด็กมีอาการหอบที่ไม่สามารถจัดการได้ สิ่งที่เป็นอุปสรรค 8) การมาพบแพทย์ตามนัด

5) ด้านความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ดังนี้ (1) ความคาดหวังต่อการดูแลรักษาเด็ก (2) ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงาน บุคคล ชุมชนในการให้ความช่วยเหลือเพื่อช่วยให้เด็กดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่า IOC : Index of item objective congruence ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ คำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC ภาพรวม เท่ากับ 0.8 และนำไปทดลองสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วยก่อนเรียนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย นำมาปรับปรุงจนได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบสามเส้าในประเด็นการเปรียบเทียบ และตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (Data Triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ดูแล การให้ข้อมูลของพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดที่ให้



การดูแลเด็ก และติดตามเด็กมาเปรียบเทียบข้อมูล ความสอดคล้องเพื่อตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ ก่อนดำเนินการวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเสนอเอกสารต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหัดจำนวน 15 ราย ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือก เนื่องจากข้อมูลมีการอิ่มตัว ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที โดยการบันทึกเสียงทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยคำนึงถึง ความน่าเชื่อถือของเนื้อหา ความเหมาะสม โดยตรวจสอบข้อมูลแบบหลักสามเส้า (triangulation) การวิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำข้อค้นพบมาเปรียบเทียบและหาข้อสรุปร่วมกัน (Multiple Analyst Triangulation) และสรุปผลการศึกษตามวัตถุประสงค์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB SNC.007 เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2564 และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 64-02-030 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2564 คณะผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัดในทุกกระบวนการของการดำเนินการ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสพการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหัดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นมารดา รองลงมาเป็นยายของผู้ป่วยเด็กโรคหัด มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา

เมื่อสังเคราะห์ประเด็นต่างๆ ที่สำคัญของประสพการณ์ของผู้ดูแล สามารถอธิบายตามการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลโดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

ความหมายโรคหัดในมุมมองของผู้ดูแล ผู้ดูแลให้ความหมายใน 3 ความหมาย คือ

ภูมิแพ้ที่นำกลั้ว รุนแรงถึงชีวิต

ผู้ดูแลคิดว่า เป็นโรคภูมิแพ้ที่มีความรุนแรง มีอาการหายใจไม่ออก ทำให้หวาดกลัวว่าลูกจะเสียชีวิต ดังบทสัมภาษณ์ของผู้ดูแล “เป็นโรคตายาน (นำกลั้ว) เป็นโรคที่รุนแรง จากภูมิแพ้แพ้ฝุ่นควัน อากาศเย็น น้ำเย็น ขนแมว เพราะเวลาเจอฝุ่น เจอฝน จะไอจาม มีน้ำมูก หอบขึ้น” Interview CG 1



คิดเชื่อทางเดินหายใจ จับหืดเมื่ออากาศเปลี่ยน

ผู้ดูแลบางส่วนเห็นว่า เป็นโรคคิดเชื่อในระบบทางเดินหายใจเท่านั้น แต่ที่มีอาการจับหืด เพราะอากาศเปลี่ยน จึงทำให้เด็กมีอาการรุนแรง ดังบทสัมภาษณ์ของผู้ดูแล “เป็นโรคคิดเชื่อทางเดินหายใจ เป็นหวัด ไอจาม อากาศเปลี่ยน เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้ไอ หายใจหอบ” *Interview CG 12*

กรรมพันธุ์โรคภูมิแพ้

“ตา ยาย พ่อ แม่เป็น ลูกก็เป็น คิดว่าเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ ภูมิแพ้ ฝุ่น ควันบุหรี่ อากาศเย็น เพราะเวลาได้รับ มักมีอาการ ไอ จาม หายใจหอบ ” *Interview CG 3*

การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้

การรับรู้ถึงสาเหตุโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ในมุมมองของผู้ดูแล ผู้ดูแลสะท้อนและอธิบายเกี่ยวกับการรับรู้ถึงสาเหตุโรคหืดของเด็กว่าเกิดจาก 2 สาเหตุ ดังนี้

ภูมิแพ้หลายๆ สิ่ง

ผู้ดูแลรับรู้ว่าเด็กมีอาการแพ้สิ่งต่างๆ ทั้งอากาศ น้ำดื่ม กลิ่น ฝุ่น ควันไฟ เช่น “แพ้อากาศเย็น ฝนแมว มักจะมีไอ จาม” *Interview CG 1* “จากได้น้ำกินเย็น กินไอติม กลิ่นน้ำหอม จะมีอาการหอบเกิดขึ้น” *Interview CG 6* “ข้างบ้านเผาขยะ ลูกมักจะไอเมื่อสัมผัสควันไฟ” *Interview CG 5*

เป็นน้ำเชื้อ น้าแมว (กรรมพันธุ์)

“กะหว่า เป็นน้ำแมวนั่นล่ะ พ่อมันตอนน้อยๆ กะเป็นโรคหอบแบบนี้ หมอกะว่าเป็นจากพ่อแม่พาเป็น” *Interview CG 14*

การรับรู้การแสดงที่บอกว่าเด็กเป็นโรคหืด

ผู้ดูแลได้สะท้อนและอธิบายว่า เด็กจะมีอาการไอ ระคายคอ เป็นหวัด มีน้ำมูก มีอาการหายใจหอบและจุกบ่น ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “เริ่มจากมีน้ำมูก ไอ ต่อมากอเริ่มบ่น จุกบ่น แสดงว่า หืดกำเริบมากแล้ว”

ความเชื่อในแนวทางการรักษาของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีความเชื่อว่า โรคหืดเป็นโรคที่รักษาหาย หากมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง ดูแลเด็กให้มีร่างกายแข็งแรง และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เกิดภูมิแพ้ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ที่ว่า “หาย รักษาหาหมอ และดูแลดีๆ” และ “หาย รักษาต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้หอบ”

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบรุนแรง

ผู้ดูแลได้สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางที่หลากหลาย และแตกต่างกันซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้ การพ่นยาฉุกเฉินให้เด็กเพียงอย่างเดียว การพ่นยาฉุกเฉินแล้วสังเกตอาการ ถ้าไม่ดีขึ้นจะพาเด็กไปโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือที่เบอร์ 1669 และการพ่นยาฉุกเฉินแล้วพาเด็กไปโรงพยาบาลทันที โดยมีผู้ดูแล ร้อยละ 40 ยังไม่ทราบว่า หากเด็กมีอาการรุนแรงต้องประสานขอความ



ช่วยเหลือจากหน่วยงานใด ส่วนวิธีการพ่นลูกเงินสรุปได้เป็น 3 วิธี ดังนี้ 1) พ่นยา 3 กด พ่นทุก 15 นาที หลังพ่นยาแล้วยังหอบอยู่ จะพามาโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์แจ้ง 1669 2) พ่นยาลูกเงิน 4 กด 3 ชุด พ่นทุก 20 นาที ถ้าไม่ดีขึ้นจะมาโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์แจ้ง 1669 และ 3) พ่นยาลูกเงิน 2 ชุด ถ้าไม่ดีขึ้นจะมาโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “พ่นยาลูกเงิน สังเกตดูต่อถ้าไม่หาย พามาโรงพยาบาล” เป็นต้น ซึ่งพบว่า มีเด็กจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 หลังการพ่นยามีอาการรุนแรงจนต้องส่งต่อโรงพยาบาล

ด้านการจัดการกับการอาการหอบของเด็ก แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อดูแลเด็ก ได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน และที่นอนของเด็ก และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “ทำความสะอาดบ้านไม่ให้มีฝุ่น เอาที่นอนออกตาก 1 ครั้ง/สัปดาห์” และ “ไม่ให้ญาติสูบบุหรี่ในบ้าน หรือหลีกเลี่ยง ควันบุหรี่ ให้ญาติออกไปสูบบุหรี่ที่ทุ่งนา” เป็นต้น

การดูแลเด็กโรคหืดที่ผู้ดูแลเชื่อว่าทำได้ดีที่สุด คือ การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เด็กแพ้ การพ่นยาให้เด็กตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งผู้ดูแลเชื่อว่าวิธีการเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลทำได้ดีที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและจัดการได้ด้วยตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “การพ่นยารักษา และมาตามนัดไม่ขาด”

อุปสรรคของการควบคุมอาการกำเริบของโรค

1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการหอบของเด็ก ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ได้อธิบาย และสะท้อนว่าสิ่งที่กังวลมากที่สุดเกี่ยวกับอาการของเด็กมี 3 เรื่อง คือ 1) อาการหอบที่รุนแรงจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ออกซิเจน กลัวว่าลูกจะเป็นอันตราย 2) อาการจับหืดไม่ทราบว่าจะเกิดตอนไหน โดยเฉพาะการหอบกลางคืน เพราะทำให้ลำบากในการพามาโรงพยาบาล กลัวช่วยเหลือไม่ทัน 3) กลัวการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ เพราะทำให้เด็กหอบมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “กังวลเรื่องหายใจหอบมาก ออกนุ้ม ทำให้ต้องใส่ท่อทางปากและให้ออกซิเจน กลัวลูกอาการหนัก” เป็นต้น

2. ไม่สามารถจัดการได้หรือจัดการได้ยาก ผู้ดูแลได้อธิบายว่า การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่เป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด รองลงมา คือ ปัจจัยเสี่ยงจากคน และสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น เด็กติดเชื้อโรคหวัดจากเพื่อนในโรงเรียน คนในหมู่บ้านเผาขยะ ผู้ดูแลบางส่วนยังมีความลำบากในการมาตรวจตามนัด เนื่องจากบ้านอยู่ไกล เดินทางลำบาก ในช่วงสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบาด ผู้ดูแลบางส่วนเลือกที่จะไม่พาเด็กมาตรวจ แต่เลือกวิธีการรับยาทางไปรษณีย์แทน นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีความยากลำบากในการให้ยาเด็ก คือ การพ่นยาให้เด็กทุกวัน โดยมีผู้ดูแลเด็กบางส่วนลืมพ่นยา บางครั้งพ่นยาไม่ถูกวิธี เพราะเด็กงอแงไม่ให้ความร่วมมือ



ดังตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่ว่า “มีความลำบากบ้าง คือ การทำงานยุ่งจนลืมพินยาให้ลูกในบางวัน”

ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความต้องการการสนับสนุน เพื่อให้การดูแลเด็กมีประสิทธิภาพ ดังนี้

การสนับสนุนจากชุมชนที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ผู้ดูแลต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือ และสนับสนุน เพื่อช่วยในการดูแลเด็กโรคหอบหืดสรุปได้ 3 ข้อ ดังนี้

1. ต้องการให้ร้านค้าในชุมชนไม่ควรขายน้ำหวานเย็นๆ ให้เด็ก
2. ต้องการให้ผู้ปกครองที่มีลูกเป็นไข้ ไอ มีน้ำมูก ดูแลลูกที่บ้านก่อน ไม่ควรให้มาโรงเรียน ส่วนคุณครูที่โรงเรียนอยากให้ช่วยดูแล โดยแยกเด็กที่เป็นโรคหืดไม่ให้ใกล้ชิดกับเด็กที่เป็นหวัด
3. ต้องการให้คนในชุมชนช่วยกันลดการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง ไม่ก่อไฟให้เกิดควันไฟในหมู่บ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ ให้ความหมายของโรคหืดส่วนใหญ่ที่พบว่า เป็นโรคภูมิแพ้ที่รุนแรง น่ากลัว อันตรายถึงชีวิต สะท้อนถึงการรับรู้ในด้านของความกังวล หวาดกลัว ตื่นตระหนกของผู้ดูแลเมื่อเด็กมีอาการกำเริบ เกิดจากการที่เด็กเจ็บป่วยแล้วจะมีอาการรุนแรง หายใจลำบาก การแสดงออกของเด็กคล้ายคนใกล้ตาย หายใจไม่ออก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กมีการรับรู้อาการ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหอบหืด⁽⁷⁾ ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กกล่าวถึงการที่เด็กแสดงออกถึงการหายใจลำบาก ปอดเกิดภูมิแพ้ที่รุนแรง เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ปกครองทราบถึงความรุนแรง และทำให้คิดว่า เด็กอาการหนัก เกิดความกังวล และเร่งรีบในการให้การดูแลเบื้องต้น แต่การดูแลเป็นไปในรูปแบบที่หลากหลายแตกต่างกัน ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ซึ่งส่งผลสะท้อนให้เห็นภาพของการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดครอบคลุมในประเด็นที่สำคัญในบริบทของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(อีสาน) ที่พบว่า

โรคหืดเป็นน้ำเชื้อ นานาว (เกิดจากกรรมพันธุ์) คิดแบบคนภาคอีสานว่า พ่อแม่ พี่น้อง ปู่ย่าตายายเป็น เด็กก็เลยเป็น ทำยังงี้ก็เป็นเพราะญาติพี่น้องเป็น เกิดจากการแพ้สิ่งต่างๆ สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่าสาเหตุของโรคหืดเกิดจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับสาเหตุของโรคหืดที่เกิดจากปัจจัยของตัวผู้ป่วย และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคหืดและโรคภูมิแพ้ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ต่างๆ เช่น ไรฝุ่น ขนหรือรังแคสัตว์ เศษและขี้แมลงสาบ เชื้อรา ละอองเกสร หญ้า วัชพืช มลพิษ



ทางอากาศ ควันบุหรี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือกระตุ้นให้เกิดโรคหอบหืด ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ควันบุหรี ควันรด เป็นต้น⁽⁸⁾

ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้การเด็กเมื่อเริ่มมีอาการไอ ระคายคอ จาม เป็นหวัด มีน้ำมูก และมีอาการหอบ และจุกบาน แสดงว่า ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหืดเป็นผลมาจากการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิกหอบหืดของโรงพยาบาล และมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากการศึกษาวิจัยพบว่าความรู้เรื่องโรคหอบหืดและการรักษาโรคหอบหืดนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อที่จะสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคให้ลดน้อยลงได้ ลดความไวของหลอดลมต่อสิ่งกระตุ้น ทำให้ลดอาการกำเริบ (Asthmatic attack) และไม่ต้องมาได้รับการรักษาฉุกเฉินหรือนอนโรงพยาบาล สัมพันธ์กับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ การรักษาหอบหืดในเด็ก ณ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบว่า เด็กที่เข้าคลินิกโรค หอบหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic: EAC) ที่ได้รับความรู้จะมีอัตราการมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾

ผู้ดูแลเชื่อว่า การมาพบแพทย์ตามนัดต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการดูแลเด็กให้มีร่างกายที่แข็งแรง หลีกเลี่ยงสิ่งที่เกิดภูมิแพ้หรือสารกระตุ้น เด็กจะหายขาดจากอาการหืดที่เป็นอยู่ เป็นความเชื่อเชิงบวกที่ก่อให้เกิดผลดี เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องย้ำให้เข้าใจว่า เป็นโรคที่ไม่หายขาดแต่สามารถลดการกำเริบได้ จากผลการวิจัยจะเห็นว่า อุปสรรคของการมาตรวจตามนัดที่ผู้ดูแลสะท้อนให้ทราบ คือ บางรายไม่ได้พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากบ้านอยู่ไกล เดินทางลำบาก ถ้าฝนตกในวันนัดก็ไม่ได้มา และในช่วงสถานการณ์ของโรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบาด ผู้ดูแลบางส่วนเลือกที่จะไม่พาเด็กมาตรวจ แต่เลือกวิธีการรับยาทางไปรษณีย์แทน เป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องวางแผนในการติดตาม ดูแลให้มาตรวจตามนัด ตามบริบทและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ในรูปแบบที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น การใช้ระบบออนไลน์ในการตรวจสอบยาทางไปรษณีย์ หรือการส่งต่อเพื่อรับบริการติดตามในสถานพยาบาลใกล้บ้าน

ส่วนแนวทางในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบรุนแรง พบว่า มีแนวทางที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการพ่นยาซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้บางรายไม่ถูกต้อง ทักหะไม่ได้ เข้าใจผิด ได้แก่ การพ่นยาฉุกเฉิน ผู้ดูแลบางส่วนไม่ทราบว่า หากเด็กมีอาการรุนแรงต้องประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใด ส่วนวิธีการพ่นยาฉุกเฉินมีหลายวิธี และแตกต่างกัน

จากพฤติกรรมการดูแลดังกล่าว เป็นการดูแลที่แตกต่างกันตามการรับรู้ความรุนแรง และความเชื่อของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการกำเริบ และการเกิดอาการที่รุนแรงของเด็กได้ เนื่องจากโรคหืดมีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้จะมีอาการไอมาก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย⁽¹⁰⁾ อาการเหล่านี้ หากได้รับยาสูดพ่นสเตียรอยด์ร่วมกับยาขยายหลอดลมชนิดรับประทานอย่างต่อเนื่อง และได้รับการพ่นยาอย่างถูกต้องจะช่วยให้เด็กสามารถ



ควบคุมอาการของโรคได้ดี และเนื่องจากเด็กช่วงอายุ 1-6 ปี เป็นช่วงวัยที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด การทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่จะอยู่ในความควบคุมของผู้ดูแล ทำให้โอกาสในการสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ของเด็กที่ทำให้เกิดอาการหอบน้อยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี⁽¹¹⁾

ด้านการจัดการกับการอาการหอบของเด็ก แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อดูแลเด็ก คือ การทำความสะอาดบ้าน และที่นอนของเด็ก และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

การดูแลเด็กโรคหืดที่ผู้ดูแลเชื่อว่าทำได้ดีที่สุด คือ การดูแลความสะอาดบ้านเรือน การดูแลสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงสิ่งที่เด็กแพ้ การพ่นยาตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัด เนื่องจากการดูแลเด็กด้วยวิธีต่างๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถควบคุมและจัดการได้ด้วยตัวเอง และการที่เด็กมีประสบการณ์อาการหอบกำเริบตั้งแต่อายุ 1-3 ปี อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมากขึ้น จึงสามารถปฏิบัติหรือจัดการในการดูแลเด็กโรคหืดได้ดี ดังการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จะสามารถประเมินและจัดการอาการหอบได้ดี⁽²⁾ และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี ซึ่งมารดาจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด และเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง สมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กได้มากที่สุด⁽¹²⁾ ดังการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหืด วัย 1-5 ปี พบว่า มารดาส่วนใหญ่ จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กโรคหืด อยู่ในระดับมาก ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการในดูแลเด็ก โรคหืดให้เจริญเติบโต และพัฒนาการตามวัย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข⁽¹³⁾

ด้านอุปสรรคของการควบคุมอาการกำเริบของโรค แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

สิ่งที่ผู้ดูแลกังวลมากที่สุดเกี่ยวกับอาการหอบของเด็ก คือ 1) อาการหอบที่รุนแรง ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ออกซิเจน กลัวลูกจะเป็นอันตราย 2) อาการจับหืดไม่ทราบจะเกิดตอนไหน กลัวช่วยเหลือไม่ทันแล้วจะเกิดอันตราย โดยเฉพาะการหอบกลางคืน ทำให้ลำบากในการพามาโรงพยาบาล 3) กลัวการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ และทำให้เด็กหอบมากขึ้น กลัวลูกอาการหนัก ความรุนแรงของโรคหืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว เด็กป่วยโรคหืด เนื่องจากความรุนแรงของโรคหืดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสภาพแวดล้อม หรือการสัมผัสสิ่งกระตุ้นต่างๆ ระดับความรุนแรงของโรคหืด ในผู้ป่วยแต่ละรายอาจเปลี่ยนไปได้ตามระยะเวลาที่ ผ่านไปร่วมกับการรักษาที่ได้รับและการดูแล⁽¹⁴⁾

ปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถจัดการได้หรือจัดการได้ยาก คือ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ เด็กติดหวัดจากเพื่อนที่โรงเรียน คนในหมู่บ้านเผาขยะ การมีฝุ่นละอองตามถนนในหมู่บ้านมาก และเด็กแอบไปซื้อน้ำหวานเย็นในชุมชนกินเอง พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความสำคัญ



ต่อเด็กโรคหืดอย่างมาก ผู้ดูแลเด็กโรคหืดจะมีพฤติกรรมจัดการดูแลดีขึ้นอยู่กับปัจจัย การสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁵⁾ มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็ก โรคหืด กล่าวถึงพฤติกรรมจัดการของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาการ ของโรคหืดในเด็ก ($r = 0.319$, $p\text{-value} < 0.01$) ทั้งนี้ หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมจัดการที่เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการหอบ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างผาสุก แต่หาก ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรม การจัดการดูแลเด็กโรคหืดในควบคุม อาการของโรคจะส่งผลทำให้อาการของโรคหืดมีความรุนแรงขึ้น จนกระทั่งต้องเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง⁽¹⁶⁾ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในบางรายที่ ต้องทำงาน และดูแลเด็กไปด้วย และสมาชิกในครอบครัวไม่ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม ก็เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกำเริบของ โรคหืดในเด็ก ได้มากขึ้น จึงต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน

ความยากลำบากของผู้ดูแลในการให้ยาเด็ก คือ มีความลำบากกับการที่ต้องพ่นยาควบคุมอาการ หอบหืดให้เด็กทุกวัน บางครั้งทำงานยุ่งหรือเร่งรีบไปทำภารกิจอื่นๆ ทำให้ลืมพ่นยา ความรู้ของผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการในการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคหืดเป็นความรู้เกี่ยวกับ โรคหืด และอาการของโรคหืด (disease) สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืด และการจัดการ (triggers) การรักษา และการใช้ยา (treatment) และอาการกำเริบของโรคหืด (exacerbation)⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การปฏิบัติตัวในการดูแลเด็กของบิดามารดาที่ไม่เหมาะสมเกิดจากความรู้ที่ไม่เพียงพอในการ ดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งการขาดความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลบางรายส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการ หอบได้ ทำให้เกิดอาการกำเริบที่รุนแรงขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องเข้ารับบริการ ในแผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนถึงแก่ชีวิต⁽¹⁸⁾

ด้านความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ความต้องการการสนับสนุนจากชุมชนที่เกี่ยวข้อง มี 3 ข้อที่สำคัญ คือ 1) ต้องการให้ร้านค้าใน ชุมชนไม่ควรขายน้ำหวานเย็นๆ ให้เด็ก 2) ต้องการให้ผู้ปกครองเด็กในห้องเรียนที่มีลูกเป็นไข้ ไอ มีน้ำมูก ไม่ควรให้มาโรงเรียน ส่วนคุณครูที่โรงเรียนอยากให้ช่วยแยกเด็ก ไม่ให้เด็กโรคหืดอยู่ใกล้ชีวิต เด็กที่เป็นหวัด 3) ต้องการให้คนในชุมชนช่วยกันลดฝุ่นละออง ไม่ก่อไฟให้เกิดควันไฟในหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยส่งเสริม พฤติกรรม การจัดการในการควบคุมอาการของโรคได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมี พฤติกรรมที่ดี ส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ดี⁽¹⁹⁾ และพฤติกรรม การจัดการของผู้ดูแลจะส่งเสริมให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี อาจขึ้นกับปัจจัย การสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁵⁾



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเป็นข้อมูลพื้นฐาน เรื่องของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่สะท้อนมุมมองจากประสบการณ์จริงที่หลากหลาย ในการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่ต้องประเมินผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ตามสภาพการณ์จริงของแต่ละครอบครัว เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ใ้บุคคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความเข้าใจในการประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจ และมีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสามารถ ควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น

2. การให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจในเรื่องการพ่นยาในเด็กโรคหืดของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถพ่นยาได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ หรือสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โดยจัดทำสื่อการสอน หรือจัดทำนวัตกรรมการพ่นยา เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ หรือโซเชียลมีเดีย (social media) เพราะเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นสื่อกลางให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีหลากหลายช่องทางเลือก เหมาะสมกับรูปแบบการใช้ชีวิตในปัจจุบันของผู้ดูแล และสามารถศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองได้ตลอดเวลา เช่น เฟซบุ๊ก (face book) ยูทิวบ์ (you tube) อินสตาแกรม (instagram) ตี๊กต็อก (tiktok) ทวิตเตอร์ (twitter) และไลน์ (line) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. ผลลัพธ์ทางคลินิกทางคุณภาพชีวิตและทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคหืดของประเทศไทย [Internet]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: http://www.tnrr.in.th/?page=result_search&record_id=10427590.
2. Nookong, A., Payakkaraung, S., Pongsaranuntaku, Y., & Chudapongse, S. Caregivers' Management for Children with Asthma. Journal of Nursing Science 2012; 30 (1): 49-60.
3. Cheezum, R. R., Parker, E. A., Sampson, N. R., Lewis, T. C., O'Toole, A., Patton, J., et al. Nightwatch: Sleep Disruption of Caregivers of Children With Asthma in Detroit. Journal of Asthma & Allergy Educators 2013; 4(5): 217-225.
4. GINA guideline, C. Global strategy for asthma management and prevention. 2011 [Internet]. [cited 2021 June 3]. Available from: <http://guidelines.gov/content.aspx?id=37283>.
5. ญาดา สมานชัย. การประเมินผลการมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉินในผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล วาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2557. วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557; 2(2): 30- 37.



6. สายพิน ฤทธิโคตร. ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 18 (1): 167-177.
7. Chou, K.R. Care giver burden: A concept analysis. Journal of Pediatric Nursing 2000; 15(6): 198-407.
8. Zaraket R, Al - Tannir MA, Bin Abdulhak AA, Shatila A, Lababidi H. Parental perceptions and beliefs about childhood asthma: a cross-sectional study. Croat Med Journal [Internet]. 2011 [cited 2022 June 3]; 52 (5): 637-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195973/>.
9. แก้วกาญจน์ เสือรัมย์. การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
10. อัญชลี จันทร์สว่างภูวนะ. ผลสัมฤทธิ์การรักษาหอบหืดในเด็ก ณ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559; 25(5): 846-852.
11. อภิชาติ คณิตทรัพย์ และคณะ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูนิเจนอุตราไวโอเร็ด จำกัด; 2555.
12. พัทธี วัฒนชัย และคณะ. ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว. พยาบาลสาร 2559; 43 (2): 1-12.
13. Wathanachaporn, P., Aree, P., & Lamchang, S. Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. Nursing Journal 2015; 43 (2): 1-12.
14. Rattanasat, K. Mothers' behavior in care of asthma children 1-5 years, Lang Suan Hospital, Chumphon Province [Master's thesis] Phetchaburi: Phetchaburi Rajabhat University; 2012.
15. สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร และคณะ. ตำราโรคหืด พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2556.
16. Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. Continued development of the family management style framework. Journal of Family Nursing 2012; 18 (1): 11-34.
17. อรอนงค์ ชาวसान และคณะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด. พยาบาลสาร 2563; 47 (3): 27-39.
18. Sattabud, M. Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Lahansai hospital. Journal of Medicine 2017; 42 (3): 40-46.
19. Zhao, J., Shen, K., Xiang, L., Zhang, G., Xie, M., Bai, J., & Chen, Q. The knowledge, attitudes and practices of parents of children with asthma in 29 cities of China: a multi-center study. Biomedcentral Pediatrics [Internet]. 2013 [cited 2022 July 3]; 30 (20) [1-6]. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-20>.



ความชุกของการเกิดอุบัติเหตุทางตาของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

PREVALENCE OF OCULAR TRAUMA IN AMNATCHAROEN HOSPITAL

Received: June 28, 2023

Revised: August 29, 2023

Accepted: September 05, 2023

ญาณสิริ เมธาพิสิทธิกุล^{1*}, จุฑามาส รอมวงค์²

Yanasiri Methapisittikul^{1*}, Juthamas Rourmwong²

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บต่อดวงตามีความหลากหลาย และส่งผลกระทบต่อการมองเห็น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดอุบัติเหตุทางตาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2564-31 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา พบผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาทั้งหมด 696 คน เป็นเพศชาย 481 คน อายุเฉลี่ย 42.55 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง อุบัติเหตุเกิดกับตาขวามากกว่าตาซ้าย ทั้งหมดไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกัน พบบ่อยในอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.2 เกษตรกร ร้อยละ 35.2 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตร ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 58 คน ระยะเวลาเฉลี่ย 2.88 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 12,855 บาทต่อคน การวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ Corneal foreign body สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากการทำงาน หลังสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มิระดับการมองเห็นปกติ แต่พบสูญเสียการมองเห็นถาวรหลังสิ้นสุดการรักษา 5 คน

การวิเคราะห์สถิติของผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อดวงตามีประโยชน์อย่างมากในการวางแผนการรักษาและป้องกัน สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการรณรงค์การใช้อุปกรณ์ป้องกัน

คำสำคัญ: การบาดเจ็บต่อดวงตา, ระดับการมองเห็น, ภาวะตาแตก

¹ สังกัดกลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลอำนาจเจริญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

Ophthalmology, Amnatcharoen Hospital, Amnatcharoen Provincial Public Health Office

² สังกัดกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

Outpatient nursing care unit, Amnatcharoen Hospital, Amnatcharoen Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: yanasiri.metha@gmail.com



Abstract

The purpose of the study was to analyze the prevalence, causes, and risk factors of ocular injuries in patients who underwent treatment at Amnatcharoen Hospital. The study is a retrospective descriptive study that gathered information from medical records of patients who received treatment for eye injuries between August 1, 2021 and May 31, 2023.

As a result, 696 eyes were injured in all, 481 men (69.1%). 42.55 is the average age. In the city were 425 patients (61.1%). The majority only injured one eye. There was no protective equipment used in these injuries. 245 patients (35.2%) were farmers and 252 (36.2%) were self-employed. Due to the harvesting season, it is anticipated that the number of patients will increase between January and February and July and October. 638(91.7%) individuals received outpatient care. 58 patients required hospitalization, with a 2.88-day average stay. The cost per patient was about 12,855 Thai baht. Corneal foreign body is the most common diagnosis. The risk factors were from working with 421 patients. The majority of patients have normal vision and 5 were completely blind.

Overall, compiling data on incidents of ocular injuries was of great use for creating a future plan for treatment and prevention at the city scale. This knowledge might be useful for encouraging farmers and other independent contractors to wear protective gear and to coordinate with other hospitals on treatment procedures for comprehensive therapy.

Keywords: Ocular trauma, Eye injuries, Visual acuity



บทนำ

อุบัติเหตุต่อดวงตาเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ทั้งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นภาวะต้อกระจก และต้อหิน⁽¹⁾ ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยในระยะยาว องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการเกิดอุบัติเหตุทางตามากถึง 55 ล้านตาต่อปี มีผู้ป่วยกว่า 19 ล้านคน ต้องสูญเสียการมองเห็นหรือมีการมองเห็นลดลงหนึ่งข้าง⁽²⁾ มีการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตาในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนมากถึง 2.4 ล้านคนต่อปี และมีผู้ป่วยประมาณ 20,000 ถึง 68,000 คน ที่ต้องสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร⁽³⁾

อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุต่อดวงตาของประเทศไทยยังไม่มีรายงานชัดเจน แต่ก็มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการทำงาน⁽⁴⁾ จากการศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาที่จังหวัดลำพูน⁽⁵⁾ พบว่า ส่วนมากเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 36.5 ปี สาเหตุหลักเกิดจากการทำงาน โดยเฉพาะการใช้เครื่องตัดหญ้า โดยมีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 46.4 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด คล้ายกับการศึกษาที่โรงพยาบาลมุกดาหาร⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยแรงงาน และมีสาเหตุมาจากการทำงาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยร้อยละ 70 ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ไม่ต่างกับโรงพยาบาลธรรมศาสตร์⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่า อุบัติเหตุทางตาส่วนใหญ่เกิดในเพศชาย ช่วงอายุ 31-40 ปี เกิดจากการทำงาน และการวินิจฉัยที่พบมากที่สุด คือ เศษเหล็กติดกระจกตา แม้ว่าการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่จะไม่ได้ทำให้มีการสูญเสียการมองเห็นระดับรุนแรง แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ต้องได้รับการนอนโรงพยาบาล และก็มีไม่น้อยที่สูญเสียการมองเห็นตั้งแต่แรกเริ่ม โดยผู้ป่วยส่วนมากไม่ให้ความสำคัญในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตา

โรงพยาบาลอำนาจเจริญเป็น โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 330 เตียง มีผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อดวงตาเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย รอยโรคหลากหลายรูปแบบ มีผลต่อการมองเห็นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งสูญเสียการมองเห็นถาวร โดยส่วนมากสามารถรักษาได้โดยไม่ต้องส่งต่อ ในขณะที่ผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมในดวงตา จำเป็นต้องส่งตัวเพื่อรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีจักษุแพทย์เฉพาะทางจอตา สถิติการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตาที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่า ระหว่างปี 2564 ถึง 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการทั้งสิ้น 696 คน การเพิ่มศักยภาพของการรักษาพยาบาลนอกจากการเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ เพิ่มเครื่องมือที่ทันสมัยแล้ว การเตรียมระบบให้พร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตา โดยเฉพาะการวางแผนป้องกัน จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของการเกิดอุบัติเหตุทางตาของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดอุบัติเหตุทางตาของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดอุบัติเหตุต่อดวงตา รวมถึงความรุนแรงต่อการมองเห็น

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตา ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2564-31 พฤษภาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของการเกิดอุบัติเหตุทางตาของผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ อาเภอที่เกิดเหตุ เดือนที่เกิดเหตุ สาเหตุของการได้รับอุบัติเหตุ ระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค ตาข้างที่ได้รับอุบัติเหตุ ระดับการมองเห็น การใส่อุปกรณ์ป้องกัน และวิธีการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ เลขที่ 7/2566 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตาทั้งหมด 696 คน เป็นเพศชาย 481 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1 อายุเฉลี่ย 42.55 ปี ช่วงอายุที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ 40- 50 ปี จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ที่อำเภอเมืองอำนาจเจริญ 425 คน ร้อยละ 61.1 นอกนั้นเป็นผู้ป่วยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่อุบัติเหตุมักเกิดกับดวงตาข้างเดียว โดยพบที่ตาขวา ร้อยละ 52.9 พบอุบัติเหตุต่อตาสองข้างเพียง 7 คน ร้อยละ 1.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษในช่วง 1-3 วันหลังเกิดอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 45.1 ผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกัน ดังตารางที่ 1



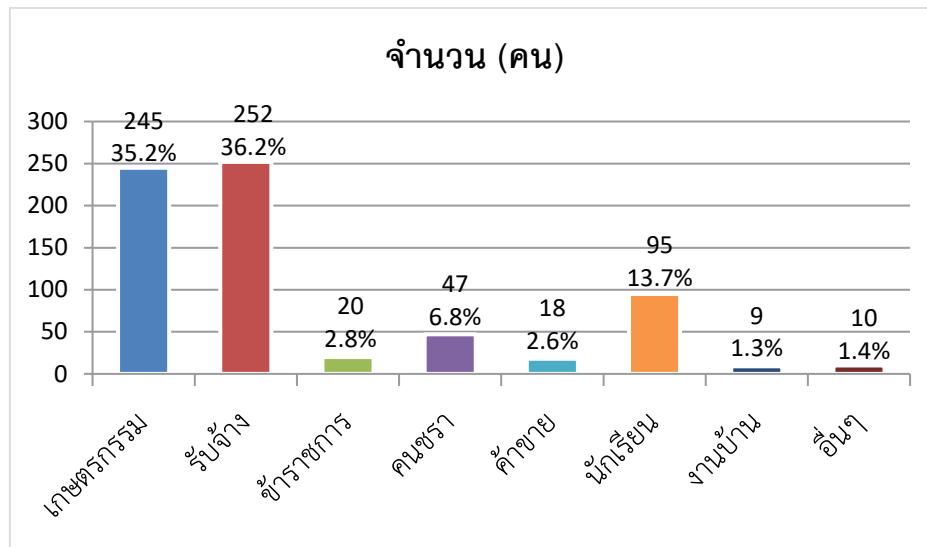
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	481	69.1
หญิง	215	30.9
อายุ		
mean=42.55, SD.=18.77, Max=96, Min=4		
< 10 ปี	34	4.9
10-20 ปี	63	9.1
20-30 ปี	91	13.1
30-40 ปี	101	14.5
40-50 ปี	169	24.2
50-60 ปี	116	16.7
>60 ปี	122	17.5
ภูมิลำเนา		
อำเภอเมือง	425	61.1
อำเภออื่น (ผู้ป่วยส่งตัว)	271	38.9
ตาข้างที่เกิดอุบัติเหตุ		
ตาขวา	368	52.9
ตาซ้าย	321	46.1
สองข้าง	7	1.0
ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล		
ภายใน 24 ชั่วโมง	255	36.6
1-3 วัน	314	45.1
>3วัน	127	18.3
การใช้อุปกรณ์ป้องกัน		
ไม่ใช้	696	100

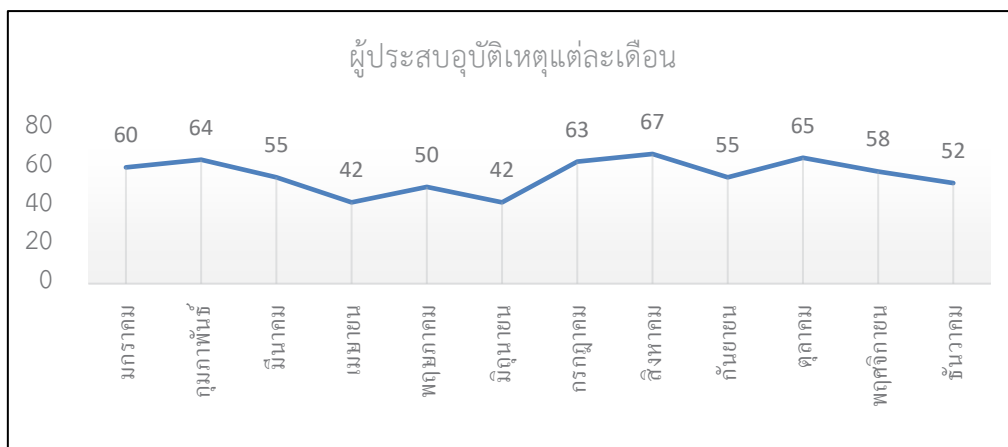


อุบัติเหตุต่อดวงตาส่วนมาก พบในวัยทำงาน โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 252 คน ร้อยละ 36.2 เกษตรกร 245 คน ร้อยละ 35.2 ดังรูปที่ 1 เมื่อพิจารณารายเดือนพบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม ดังรูปที่ 2

รูปที่ 1 แสดงสัดส่วนอาชีพที่พบอุบัติเหตุทางตา โดยพบว่า อาชีพที่พบบ่อยได้แก่ เกษตรกรรม และรับจ้าง



รูปที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยผู้ป่วยแยกเป็นรายเดือน พบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ และกรกฎาคมถึงตุลาคม



ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 91.7 โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยปี 2566 คิดเป็น 858.63 บาทต่อคน พบผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล 58 คน ร้อยละ 8.3 มีค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12,855 บาทต่อคน ส่วนใหญ่ใช้เวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 วัน



ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล 2.88 วัน โดยมีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 30 คน ร้อยละ 51.7 ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามวิธีการรักษา

การรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การนอนโรงพยาบาล (ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยปี 2566)		
นอน รพ. (12,855 บาทต่อคน)	58	8.3
ไม่นอน รพ. (858.63 บาทต่อคน)	638	91.7
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล		
1-3 วัน	35	60.3
4-7 วัน	18	31
มากกว่า 7	5	8.7
การผ่าตัด		
ผ่าตัด	30	51.7
ไม่ได้ผ่าตัด	28	48.3

ผลการวินิจฉัยโรคจากอุบัติเหตุทางตาที่พบมากที่สุด 4 ลำดับแรก คือ Corneal foreign body จำนวน 192 คน ร้อยละ 27.6 Conjunctival foreign body จำนวน 93 คน ร้อยละ 13.4 Eyelid laceration and foreign body จำนวน 74 คน ร้อยละ 10.6 และ Subconjunctival hemorrhage จำนวน 71 คน ร้อยละ 10.2 ดังตารางที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล 3 ลำดับแรก ได้แก่ Ruptured eye globe จำนวน 13 คน ร้อยละ 22.4 Traumatic hyphema จำนวน 11 คน ร้อยละ 19 และ Corneal ulcer จำนวน 10 คน ร้อยละ 17.2 ตามลำดับ สาเหตุของการบาดเจ็บส่วนมากเกิดจากการทำงาน (เจียรเหล็ก การเกษตร ตัดไม้ ตัดหญ้า และอื่นๆ) รวมกัน 421 คน ร้อยละ 60.5 ดังตารางที่ 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นแรกรับอยู่ในช่วง 20/20 – 20/50 ร้อยละ 74.4 แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจนสูญเสียการมองเห็น (ระดับการมองเห็น 20/800 ถึง No LP) จำนวน 36 คน ร้อยละ 5.2 ดังตารางที่ 5 และมีผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นถาวร 5 คน ซึ่งมีสาเหตุมาจาก ภาวะตาแตก การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทตา และเลือดออกหลังลูกตา



ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยทั้งหมด		
Corneal foreign body	192	27.6
Conjunctival foreign body	93	13.4
Eyelid laceration/ Eyelid foreign body	74	10.6
Subconjunctival hemorrhage	71	10.2
Corneal abrasion	62	8.9
Eyelid contusion	44	6.3
Conjunctivitis	35	5.0
Open globe injury : Perforated cornea/ ruptured lens/	24	3.5
Lamellar laceration / Intraocular foreign body		
Traumatic mydriasis	17	2.4
Traumatic hyphema	14	2.0
Conjunctival laceration	16	2.3
Chemical injury	8	1.1
Traumatic lens dislocation / traumatic cataract	14	2.0
Corneal ulcer	15	2.2
Canalicular laceration	5	0.7
UV keratitis	6	0.9
Retinal detachment/ Commotio retinae/ Traumatic	6	0.9
optic neuropathy/ Retrobulbar hemorrhage		
ผู้ป่วยใน (IPD)		
Ruptured eye globe	13	22.4
Traumatic hyphema	11	19
Corneal ulcer	10	17.2
Eyelid laceration	7	12.1
Canalicular laceration	5	8.6
Traumatic lens subluxation	4	6.9
Retrobulbar hemorrhage	2	3.4



การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ
Intraocular foreign body (IOFB)	1	1.8
Conjunctival laceration	2	3.4
Severe corneal abrasion	2	3.4
Traumatic optic neuropathy	1	1.8
อุบัติเหตุจากการทำงาน		
เจียรเหล็ก เชื่อมเหล็ก	154	22.9
ตัดหญ้า (จากเครื่องตัดหญ้า)	48	7.1
ตัดไม้	91	13.5
ตอกตะปู	6	0.9
สารเคมี	3	0.4
การเกษตร (ไถหญ้า ไบข้าว ไบอ้อย ทิ่มตา ดินเข้าตา)	119	17.2
อุบัติเหตุจากการกระแทก		
ทำร้ายร่างกาย	33	4.9
อุบัติเหตุจราจร	35	5.2
อุบัติเหตุจากการละเล่น		
การเล่นกีฬา	56	8.2
การเล่นประทัด ดอกไม้ไฟ	44	6.2
หนังสือตก	15	2.1
อุบัติเหตุจากสาเหตุอื่น		
เบียดปัสสาวะ	4	0.6
จากสัตว์ (มด,แมลง,งูเห่า,ปลา,สุนัข,แมว)	66	9.5
อื่น ๆ	22	3.4

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับการมองเห็นแรกรับ

ระดับการมองเห็น	ผู้ป่วยทั้งหมด		ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20/20-20/50	518	74.4	10	17.2
20/70-20/100	86	12.4	8	13.8
20/200-20/400	39	5.6	16	27.6



ระดับการมองเห็น	ผู้ป่วยทั้งหมด		ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20/800-HM	30	4.3	18	31
LP-No LP	6	0.9	3	5.2
ประมึนไม่ได้	17	2.4	3	5.2

สรุปผลการวิจัย

พบผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาทั้งหมด 696 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน อายุเฉลี่ย 42.55 ปี รักษาแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 91.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกรรมเป็นหลัก การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ สิ่งแปลกปลอมที่กระจกตา สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ที่พบมากที่สุดเกิดจากการทำงาน ได้แก่ การเจียรเหล็ก การเกษตร ตัดไม้ และ ตัดหญ้า ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยภาวะตาแตก ร้อยละ 22.4 มีผู้ป่วยที่ระดับการมองเห็นแย่กว่า 20/400 36 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 โดยผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้มีการใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะทำงาน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า มีผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญทั้งหมด 696 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีสาเหตุสัมพันธ์กับการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลมุกดาหาร โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่⁽⁴⁻⁸⁾ เนื่องจากเพศชายมีลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางตามากกว่า โดยช่วงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ อายุ 40-50 ปี ร้อยละ 24.2 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ 71.4 สอดคล้องกับโรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งอยู่ในภูมิภาคเดียวกัน และประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม แต่จะแตกต่างจากการศึกษาอื่น ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี^(4,5,7,8)

อุบัติเหตุต่อดวงตาที่เกิดจากการทำงาน ที่พบมากที่สุด ได้แก่ การเจียรเหล็ก รองลงมา ได้แก่ การเกษตร ซึ่งสัมพันธ์กับอาชีพของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกรรม นอกจากนี้หากพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุแยกเป็นรายเดือน จะพบว่า ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ และกรกฎาคมถึงตุลาคม อธิบายได้ว่า ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตร และเตรียมพร้อมเพาะปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัดอำนาจเจริญ ไม่ว่าจะเป็นข้าว และมันสำปะหลัง⁽⁹⁾ ทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางตาที่เกิดจาก



การทำงานทางเกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ตัดไม้) ในช่วงเวลาดังกล่าวมากขึ้น ซึ่งรวมแล้วมากถึงร้อยละ 30.7 มากกว่าการเจ็บร้อลซึ่งพบร้อยละ 22.9

การวินิจฉัยที่พบมากที่สุด คือ สิ่งแปลกปลอมที่กระจกตา ร้อยละ 27.6 โดยสิ่งแปลกปลอมที่กระจกตานั้นส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเจ็บร้อลโดยไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกัน สัมพันธ์กับผลการศึกษาของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีการสูญเสียการมองเห็น และรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

มีผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อดวงตาที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล 58 คน ร้อยละ 8.3 การวินิจฉัยหลัก ได้แก่ ภาวะตาแตก เลือดออกในช่องหน้าม่านตา และกระจกตาติดเชื้อ สอดคล้องกับโรงพยาบาลลำพูน⁽⁵⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้นอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ภาวะตาแตกและเลือดออกในช่องหน้าม่านตา ทั้งนี้เนื่องจากภาวะดังกล่าวค่อนข้างรุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด และต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นแรกรับอยู่ในระดับต่ำกว่า 20/400 คิดเป็นร้อยละ 36.2 อย่างไรก็ตาม หลังการรักษาพบผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นถาวร 5 คน ร้อยละ 8.6 ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ส่วนใหญ่ระดับการมองเห็นดีกว่าหรือเท่ากับ 20/400 ถึงร้อยละ 92.4 ซึ่งเกิดจากความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมีความรุนแรงมากกว่า โดยสาเหตุของการบาดเจ็บของผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักสัมพันธ์กับการตัดไม้ ตัดหญ้า ตกตะปูล และอุบัติเหตุจราจร โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ และลำพูน^(5,8)

การศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุต่อดวงตาของแต่ละโรงพยาบาลมีประโยชน์อย่างมากในการเตรียมความพร้อมในการตั้งรับผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนป้องกันเชิงรุกของชุมชน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ส่วนใหญ่จะเป็นการบาดเจ็บต่อดวงตาที่ไม่รุนแรง แต่หากคำนวณค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาโดยรวมถือว่ามูลค่าสูง ดังนั้น หากนำข้อมูลจากการวิจัยนี้ไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันให้ความรู้กับคนในชุมชน รวมถึงให้ความรู้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเบื้องต้นในกลุ่มโรคที่พบบ่อยและโรคที่ควรพิจารณาส่งต่อจะมีประโยชน์อย่างมาก เช่น รณรงค์ให้คนในชุมชนใส่แว่นตาป้องกันดวงตาขณะทำการเกษตร เจ็บร้อล ตัดหญ้า หรือรับจ้างต่างๆ จัดโครงการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เพื่อที่จะได้ลดอุบัติการณ์ และความสูญเสียการมองเห็น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

งานวิจัยที่ได้จากการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ในบริบทของแต่ละโรงพยาบาลมีความสำคัญมากในการวางแผนการรักษาให้คุ้มค่าคุ้มทุนที่สุด ควรมีการวิเคราะห์รายโรค จัดทำแนวทาง และประเมินหลังมีการใช้แนวทางร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ ถึงผลสัมฤทธิ์ ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงอุไรวรรณ จันรรจ์สิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Ng JK, Lau O. Traumatic Glaucoma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Aug 7]
2. Négrel AD, Thylefors B. The global impact of eye injuries. *Ophthalmic Epidemiol.* 1998 Sep; 5(3): 143–69.
3. Feist RM, Farber MD. Ocular trauma epidemiology. *Arch Ophthalmol.* 1989 Apr;107(4):503–4
4. Wongchaikunakorn N, Kittanthong A. Evaluating ocular trauma by ocular trauma score in Songklanagarind Hospital. *Journal of Health Science and Medical Research (JHSMR).* 2005 Apr 1; 23.
5. อุปโยคิน ก. การศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน. *เชิงรายเวชสาร.* 2019 Dec 31; 11(2): 60–6.
6. Srinagarind Medical Journal [Internet]. [cited 2023 Jun 9]. Available from: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_preview=T&art_id=2141
7. วงศกิตติรักษ์ ร, รัตนนิเวศน์ น. อุบัติเหตุทางตาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *Eye South East Asia.* 2011; 6(1): 18–26.
8. Choovuthayakorn J, Worakriangkrai V, Patikulsila D, Watanachai N, Kunavisarut P, Chaikitmongkol V, et al. Epidemiology of Eye Injuries Resulting in Hospitalization, a Referral Hospital-Based Study. *Clin Ophthalmol.* 2020 Jan 6; 14: 1–6.
9. สำนักงานเกษตรและสหกรณ์ จังหวัดอำนาจเจริญ. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ลงพื้นที่ จ.อำนาจเจริญ เปิดงานรณรงค์การถ่ายทอดเทคโนโลยีการลดต้นทุนการผลิตข้าวให้ปฏิบัติได้จริง (8/2/66). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.opsmoac.go.th/amnatcharoen-news-preview-451991791386>



**การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง
ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์**
**DEVELOPING A MANAGEMENT MODEL TOWARDS BECOMING A HIGH-
PERFORMANCE ORGANIZATION OF THE DISTRICT PUBLIC HEALTH
COORDINATING COMMITTEE (DCPO) IN KALASIN PROVINCE**

Received: July 14, 2023

Revised: October 26, 2023

Accepted: November 21, 2023

นำทิพย์ สีก่ำ^{1*}, ปุณณดา มุลศรี¹, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ¹

Namthip Seekam^{1*}, Punnada Moolsri¹, Wiphawee Laochaturapit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือคณะกรรมการและ ผู้ประสานงาน คปสอ.จำนวน 230 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test one way ANOVA – Post hoc Scheffe test

ผลการวิจัย พบว่า การบริหารจัดการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ให้ความสำคัญ ด้านการนำองค์กรและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการพัฒนาบุคลากร และการบริหารทรัพยากร การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การนำองค์กรเชิงกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ การจัดการความรู้และนวัตกรรม และการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ สามารถยกระดับของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบไปใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ และการปรับใช้ให้เหมาะสม

การวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา คปสอ. ในจังหวัดกาฬสินธุ์และพื้นที่อื่นๆ สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอต่อไป

คำสำคัญ: องค์กรสมรรถนะสูง, คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: namthip975.sk@gmail.com



Abstract

This Research and Development : R&D Aimed to study the management situation and develop a management model for high-performance organizations of District Health Coordinating Committees (DHCCs) in Kalasin Province. The sample consisted of 230 DHCC committee members and coordinators. Research instruments included questionnaires and in-depth interview guides ,qualitative and quantitative analysis using percentage statistics, mean deviation, standard deviation, and F-test one way ANOVA – Post hoc Scheffe test.

Result: Revealed that the DHCCs' management situation emphasized organizational leadership and information technology use, while facing challenges in human resource development and resource management. The developed high-performance organization management model for DHCCs in Kalasin Province comprised four main components: strategic leadership, strategic human resource management, knowledge and innovation management, and management excellence. This model effectively elevated DHCCs to high-performance organizations, particularly in improving staff satisfaction, service quality, innovation promotion, and cost management efficiency. However, implementing the model requires consideration of each area's specific context and may need appropriate adjustments.

The findings can be used as guidelines for developing DHCCs in Kalasin Province and other areas towards becoming high-performance organizations, ultimately enhancing the quality of public health services at the district level.

Keywords: High performance organizations, District health coordinating committee (DHC)



บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพ และสามารถแข่งขันกับเวทีระดับโลกได้นั้น องค์กรสมรรถนะสูงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย โดยเริ่มจากการบริหารยุทธศาสตร์ให้องค์กรมีการกำหนดทิศทางที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติเพื่อไปสู่ทิศทางที่ต้องการ รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน ไม่เพียงแต่ความสามารถในการบริหารยุทธศาสตร์เท่านั้น แต่จะต้องครอบคลุมถึงการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ (1) การบริหารจัดการองค์กร เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เทคนิควิธีการ จัดองค์การ และนำความสามารถของสมาชิกในองค์กรมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่องค์การ เพื่อให้้องค์การสามารถบรรลุผลสำเร็จที่ต้องการ นโยบาย และทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568 ของนายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการขับเคลื่อนนโยบายตามแนวนโยบาย "สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทย" โดยมีมุ่งเน้น 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ เชิงรุก ทันสมัยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว โดยร่วมมือกับเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชนองค์กรชุมชน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจต่อ "กระทรวงสาธารณสุข" และพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกช่วงวัย ให้สามารถดูแลสุขภาพกายใจ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง 2) ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญ 3) ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล 4) ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศในอนาคต ผลักดันกฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง ระบบและกลไกบัญชาการเหตุการณ์ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการทรัพยากร การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการสื่อสาร อย่างบูรณาการทุกภาคส่วน 5) ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติ ด้านบริการทางการแพทย์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการวิชาการและงานวิจัย การส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ 6) พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ตอบสนองนโยบายนี้ด้วยการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรตามแนวทาง 4T ได้แก่ Trust, Teamwork & Talent, Technology และ Targets องค์กรสมรรถนะสูงเป็นการดำเนินการเพื่อให้เกิดประสิทธิผลของ การดำเนินงานตามกรอบคำรับรองปฏิบัติราชการ และกระบวนการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) District Health Coordinating Committee: DHCC) ในฐานะที่เป็นองค์กรบริหารจัดการ และพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข กลไกการประสานงานในระดับอำเภอ ที่เรียกว่า



“คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) มีบทบาทหน้าที่ 6 ด้าน คือ 1) วางแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติงานสาธารณสุขอำเภอ 2) ดำเนินงานตามแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติงานสาธารณสุขอำเภอ 3) ควบคุม กำกับ นิเทศและประเมินผลงานตามแผนงานโครงการที่วางไว้ 4) ประสานและสนับสนุนแผนงาน และโครงการพิเศษตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และจังหวัด 5) จัดตั้งและดำเนินงานศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขระดับอำเภอ 6) งานอื่นๆ ที่ คปสอ. เห็นสมควร (2) แผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (Promotion & Prevention Excellence) 2) ระบบบริการ (Service Excellence) 3) การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4) ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) (3) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คือ องค์กรที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประสานการปฏิบัติงาน รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาสุขภาพ ตอบสนองภายใต้นโยบายและแผนปฏิบัติราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข และระดับจังหวัด ให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ตามแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี และแผนปฏิบัติราชการด้านสุขภาพประจำปี ในปี 2565 จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีหนังสือคำสั่งแต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์ สะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) นั้น มีความชัดเจน และเป็นรูปธรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 -2564 ที่ผ่านมา คปสอ.ส่วนใหญ่ มีผลการประเมินอยู่ในระดับพอใช้ และมีผลการประเมินในระดับดีเยี่ยม เพียง 5 คปสอ. ซึ่ง คปสอ.จะเพิ่มขีดความสามารถสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้นั้น ควรมีการพัฒนาการบริหารจัดการด้านยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ การศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับการทำงานของ คปสอ. สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์



4) เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้จะใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) และการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยมีขั้นตอนการวิจัย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

- ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูงของ คปสอ. ในจังหวัดกาฬสินธุ์

- การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการ สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

- ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการ คปสอ. สู่องค์กรสมรรถนะสูง รูปแบบการบริหารจัดการ สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

- การประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการ สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

- ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูงของ คปสอ. ในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานใน รพท. รพช. สสอ. /รพ.สต. ทั้งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ อบจ.กาฬสินธุ์ ทั้ง 18 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จำนวน 230 คน



- การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้บริหาร สสจ.กาฬสินธุ์ ผู้บริหารระดับ คปสอ. และผู้ประสานงาน ของ คปสอ. รวม 95 คน

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการ ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

- การใช้รูปแบบการบริหารจัดการ ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คปสอ.เมือง (แบบเจาะจง) ตามบทบาทภารกิจ

- การประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการ ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ การประเมินผลทั้ง ก่อนการใช้รูปแบบการบริหารจัดการผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง และหลังใช้ รูปแบบการบริหาร จัดการผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการดำเนินงานของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ การทำงาน ใน คปสอ. หน่วยงานในสังกัด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ของคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ราชด้าน ประกอบด้วย ด้านการนำองค์กร ด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์ ด้านการพัฒนานุเคราะห์ ด้านการบริหารจัดการ รวมจำนวน 40 ข้อ ลักษณะ ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก โดยให้เลือกรับเพียง 1 คำตอบ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

2. แบบบันทึกสรุปผลการสนทนากลุ่ม (แบบมีโครงสร้าง) ในการประชุมคณะทำงานทุกครั้ง

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความครอบคลุมความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องความตรง (Validity) โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) จากนั้นจึงนำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) ของแบบสอบถามได้ค่า ตั้งแต่ 0.69–1.00 โดยผู้วิจัยได้นำ เครื่องมือที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และได้แก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้



(Try out) กับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) สถิติเชิงอนุมาน F-test one way ANOVA-Post hoc Scheffe test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 42/2556 เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 ช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 45.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.3 มีประสบการณ์การทำงานในระดับ คปสอ. 5-10 ปี ร้อยละ 37.4 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 41.3

1.2 ความคิดเห็นต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก = 3.71 (S.D. = 0.72) โดยด้านการนำองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด = 3.97 (S.D. = 0.66) รองลงมา คือ ด้านการบริหารจัดการ = 3.78 (S.D. = 0.70) ส่วนด้านการพัฒนาบุคลากรมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด = 3.42 (S.D. = 0.81) ดังตารางที่ 1



ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง
ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การนำองค์กร	3.97	0.66	มาก
2. การจัดการเชิงกลยุทธ์	3.65	0.72	มาก
3. การพัฒนาบุคลากร	3.42	0.81	ปานกลาง
4. การบริหารจัดการ	3.78	0.70	มาก
ภาพรวม	3.71	0.72	มาก

1.3 ประเด็นสำคัญของการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คปสอ. ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้ จุดแข็ง ผู้นำมีวิสัยทัศน์ ชัดเจน มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ จุดอ่อน ขาดระบบการพัฒนาบุคลากรที่เป็นรูปธรรมการบริหารจัดการยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โอกาส นโยบายสำหรับสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัย อุปสรรค การเปลี่ยนแปลงนโยบายที่บ่อยครั้ง และข้อจำกัดด้านงบประมาณ

1.4 รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คปสอ. ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การนำองค์กรเชิงกลยุทธ์ (Strategic Leadership) ได้แก่ การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน การสื่อสารทิศทางองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ การส่งเสริมนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง 2) การบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ (Strategic Human Resource Management) ได้แก่ การวางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภารกิจ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การสร้างระบบแรงจูงใจ และความก้าวหน้าในอาชีพ การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม 3) การจัดการความรู้และนวัตกรรม (Knowledge and Innovation Management) ได้แก่ การส่งเสริมวัฒนธรรมการสร้างนวัตกรรมในองค์กรโดยจัดเวทีประกวดและให้รางวัลแก่ผลงานและนวัตกรรมดีเด่น สนับสนุนการทำวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น พัฒนาระบบการจัดการความรู้ขององค์กร โดยรวบรวมและจัดเก็บองค์ความรู้ที่สำคัญในรูปแบบดิจิทัล และสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์และการทำงานเป็นทีม 4) การบริหารจัดการที่เป็นเลิศ (Management Excellence) การพัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพ



การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์

2. การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการ ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 การใช้รูปแบบการบริหารจัดการ ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พื้นที่ คปสอ.เมืองกาฬสินธุ์ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง จำเป็นต้องอาศัย 1) การนำองค์กรเชิงกลยุทธ์ ประชุมสื่อสารการทบทวนวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร 2) การบริหารทรัพยากรบุคคล มีการประเมินสมรรถนะ และแผนพัฒนาศักยภาพ พัฒนาระบบ E-learning เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง 3) การจัดการความรู้ และนวัตกรรม มีทีมวิชาการ มีรูปแบบและโปรแกรมที่สามารถใช้สืบค้น รวมถึงเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนวัตกรรม 4) การบริหารจัดการที่เป็นเลิศ มีความสามารถในการปรับตัว และบริหารจัดการให้องค์กรมีประสิทธิภาพ การพัฒนาโปรแกรมสำหรับการกำกับติดตามประเมินผล ตัวชี้วัดที่สำคัญ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินสถานะก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คปสอ. เมืองกาฬสินธุ์

องค์ประกอบ	คะแนน (เต็ม 5)	จุดแข็ง	จุดอ่อน
การนำองค์กรเชิงกลยุทธ์	3.2	วิสัยทัศน์ชัดเจน	การสื่อสารไม่ทั่วถึง
การบริหารทรัพยากรบุคคล	2.8	บุคลากรมีความมุ่งมั่น	ขาดแผนพัฒนารายบุคคล
การจัดการความรู้และนวัตกรรม	2.5	มีผลงานวิจัยหลายเรื่อง	ขาด KM ที่เป็นรูปธรรม
การบริหารจัดการที่เป็นเลิศ	2	ใช้เทคโนโลยีในการบริหาร การใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า	

2.2 การประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการ ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น อัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตลดลง จำนวนนวัตกรรมที่ถูกนำไปประยุกต์ใช้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งการสร้างสรรค์และนวัตกรรมภายในองค์กร หลังการนำรูปแบบไปใช้ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ก่อน และ หลัง การใช้รูปแบบการบริหารจัดการ ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง
ของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์
(คปสอ.เมืองกาฬสินธุ์)

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา 6 เดือน	การเปลี่ยนแปลง
ความพึงพอใจของบุคลากร	65%	78%	+13%
อัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขต	12%	8%	-4%
จำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้จริง	3 เรื่อง/ปี	8 เรื่อง/ปี	+5 เรื่อง
ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก	850 บาท/ครั้ง	780 บาท/ครั้ง	-8.24%

สรุปผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริหารจัดการผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การนำองค์กร เชิงกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ การจัดการความรู้และนวัตกรรม และการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ

2. การนำการพัฒนาในรูปแบบการบริหารจัดการผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินการในทุกองค์ประกอบ ทั้งการนำองค์กรเชิงกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรบุคคล การจัดการความรู้และนวัตกรรม และการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ โดยหลังการทดลองใช้รูปแบบ 6 เดือน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น อัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตลดลง จำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้จริงเพิ่มขึ้น และต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกลดลง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการที่พัฒนาขึ้นในการยกระดับ คปสอ. ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์การบริหารจัดการของ คปสอ. ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สถานการณ์การบริหารจัดการของ คปสอ. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการนำองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธงชัย ปัญญรัตน์ (2565) ที่พบว่า ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญใน การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างไรก็ตาม ด้านการพัฒนาบุคลากรมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิรงศ์รอง สิงะบุญย์ (2564) ที่พบว่า การพัฒนาบุคลากรเป็นความท้าทายสำคัญใน



การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ การที่ด้านการนำองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอาจเนื่องมาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหารในระดับพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในขณะที่การพัฒนานุเคราะห์ยังเป็นประเด็นท้าทาย อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและการขาดระบบการพัฒนานุเคราะห์ที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในการวิจัยครั้งนี้

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข (คปสอ.) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การนำองค์กรเชิงกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ การจัดการความรู้และนวัตกรรม และการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดองค์กรสมรรถนะสูงของ de Waal (2012) ที่เน้นความสำคัญของการนำองค์กร การพัฒนานุเคราะห์ การสร้างนวัตกรรม และการมุ่งเน้นผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ การนำองค์กรเชิงกลยุทธ์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ คปสอ. สามารถกำหนดทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชารทิพย์ ศรีสมัย และ อารยา ประเสริฐชัย (2565) ที่พบว่า ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ การบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์เป็นองค์ประกอบที่จะช่วยแก้ไขจุดอ่อนด้านการพัฒนานุเคราะห์ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะ การสร้างแรงจูงใจ และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ปราโมทย์ เลิศขามป้อม (2564) ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การจัดการความรู้และนวัตกรรม เป็นองค์ประกอบที่จะช่วยให้ คปสอ. สามารถพัฒนาองค์ความรู้และสร้างนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nonaka and Takeuchi (1995) ที่เน้นความสำคัญของการสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ในองค์กร การบริหารจัดการที่เป็นเลิศเป็นองค์ประกอบที่จะช่วยให้ คปสอ. สามารถบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและมุ่งเน้นผลลัพธ์ สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการสาธารณะ (Hood, 1991) รูปแบบบริหารจัดการที่พัฒนาขึ้นนี้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของ คปสอ. ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งเน้นการแก้ไขจุดอ่อนและเสริมสร้างจุดแข็ง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนา คปสอ. สู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณที่เพียงพอ



1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา คปสอ. ที่สอดคล้องกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน

1.3 ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง คปสอ. ในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาาร่วมกัน

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 คปสอ. ควรนำรูปแบบการบริหารจัดการที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ โดยเริ่มจากการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและวางแผนพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบอย่างเป็นระบบ

2.2 ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและการสร้างนวัตกรรม

2.3 ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนการบริหารจัดการและการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ คปสอ.

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อติดตามและประเมินผลการนำรูปแบบการบริหารจัดการไปใช้ในพื้นที่น่าร่อง

3.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนา คปสอ. ผู้การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง เพื่อนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถลม นายแพทย์เชื้อวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ที่สนับสนุนให้เกิดการจัดทำงานวิจัย ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.สม นาสอ่าน ดร.สุภัทรา สามัง ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และดร.ธงชัย ปัญญรัตน์ ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา และเอาใจใส่อย่างดียิ่งเกี่ยวกับการทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2549). รายงานผลการศึกษาพัฒนารูปแบบเบื้องต้นของหน่วยงานภาครัฐ องค์การที่มีขีดสมรรถนะสูง.



2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2557). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) สำนักบริหารการสาธารณสุข.
3. สุรัชย์ สุตรสุวรรณ (2557). กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการบริหารผลการปฏิบัติราชการของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครพนม. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. ธงชัย ปัญญรัตน์. ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15 : 2-138.
5. ชารทิพย์ ศรีสมัย, อารยา ประเสริฐชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา.วารสารสาธารณสุขแลวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565; 5: 2-101.
6. สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณกฎ, ขมณา ชนะนิล, ญษณิศา มีนาเขต (2559). การประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559; 7: 2-105.
7. วีระศักดิ์ ประดาศักดิ์ (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช.สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
8. นุลาศ เจริญชัย (2562) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์การสมรรถนะสูงเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษาในสถานศึกษา สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและพัฒนการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี
ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(Telemedicine NCDs on Cloud)

DEVELOPMENT OF A TELEMEDICINE NCDS ON CLOUD SERVICE FOR MANAGING
UNCONTROLLED BLOOD GLUCOSE LEVELS IN PATIENTS WITH DIABETES AT
HEALTH PROMOTING HOSPITAL

Received: September 07, 2023

Revised: October 26, 2023

Accepted: November 20, 2023

ประเสริฐ บินตะคุ^{1*}

Prasert Bintaku^{1*}

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีเจาะจงเป็นตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ กลุ่มละ 10 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 166 คน ขั้นตอนการพัฒนา ศึกษาความต้องการ การจัดการของผู้ป่วย และผู้ให้บริการ พัฒนาและประเมินผลการพัฒนารูปแบบ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามความเป็นไปได้ และแบบประเมินผลการจัดการบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย การเชื่อมต่อระบบสื่อสาร และฐานข้อมูล Hosxp-PCU การจัดหาเตรียมอุปกรณ์เชื่อมต่อ และขั้นตอนการบริการตั้งแต่เตรียมข้อมูล เชื่อมโยงระบบสื่อสาร และฐานข้อมูล ตรวจร่างกาย บันทึกการรักษา จัดยา ให้คำแนะนำ และออกวันนัดติดตามผลการพัฒนา ผู้ป่วยรับบริการเฉลี่ย 347 ราย/เดือน ร้อยละ 77.39 ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 20.96 ค่าใช้จ่ายลดลงจากรายละ 500 บาท/ครั้ง เหลือ 50-100 บาท/ครั้ง ลดเวลารอคอยลงเฉลี่ย 8 ชั่วโมง เป็นเฉลี่ย 4 ชั่วโมง และความพึงพอใจต่อการบริการระดับมาก ($\bar{X}=2.93$, S.D.=0.87) ผู้ให้บริการมีความเป็นไปได้การจัดการระดับมาก ($\bar{X}=4.30$, S.D.=0.59) เห็นว่า ไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระงาน ช่วยให้การงานสะดวกขึ้น ง่ายและลดขั้นตอน เป็นบริการทางไกลของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ระดับน้ำตาลในเลือด, ระบบการแพทย์ทางไกล

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

Buengkan Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: epi.bkph@gmail.com



Abstract

This research aimed to develop a service model for managing diabetes patients with poor blood sugar control through telemedicine. The study sample comprised 10 healthcare providers and 166 diabetes patients. The development process included assessing the service needs of both patients and providers, developing and evaluating the model. Research tools included focus group interview guidelines, satisfaction questionnaires, feasibility questionnaires, and service evaluation forms. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The developed model consisted of the following components: establishing communication and HOSxP PCU database connections, acquiring necessary connecting equipment, and service procedures involving data preparation, communication and database linking, physical examinations, treatment recording, medication administration, counseling, and scheduling follow-up appointments. The results indicated that, on average, 347 patients received services per month (77.39%), with good blood sugar control (20.96%). Costs reduced from an average of 500 Baht per visit to 50-100 Baht per visit. Waiting time decreased from an average of 8 hours to 4 hours. Patients expressed high satisfaction with the services ($\bar{X}$ = 2.93, S.D. = 0.87). Providers found the services highly feasible ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.59, indicating that the system did not increase their workload, enhanced convenience, simplified procedures, and became a preferred option for patients.

Keywords: diabetes patients, blood sugar level, telemedicine



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดบึงกาฬ ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบึงกาฬ⁽¹⁾ พบว่า อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เท่ากับ 519.42 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561–2563 เป็น 572.53, 528.48 และ 614.26 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงเล็กน้อย ซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 555.40 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 –2564 มีอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 28.31, 31.42, 36.62, 35.67 และ 36.49 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับอัตราเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เท่ากับร้อยละ 2.21 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.40 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ส่วนปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อัตราเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวานลดลงเล็กน้อย เท่ากับร้อยละ 2.27 นอกจากนี้ ข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เท่ากับร้อยละ 14.63, 16.81, 20.60, 18.04 และ 19.86 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มากกว่าร้อยละ 40

อัตราเบาหวานรายใหม่ และอัตราการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย เพิ่มมากขึ้นทุกปี ประสพปัญหาความแออัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบึงกาฬมีนโยบายลดความแออัดโดยการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลตั้งแต่ปี 2556 ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเข้ารับบริการ 16,789 คน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เพิ่มมากขึ้นเป็น 17,978 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 การจัดบริการ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อรองรับการส่งกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลรักษา ได้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยังขาดความชัดเจน ไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต้องกลับมาได้รับการรักษาโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เช่นเดิม ทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ร้อยละ 85.65 ลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 79.59 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564⁽¹⁾ ผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลแม่ข่ายส่งกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพิ่มมากขึ้น และยังมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับระบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี รูปแบบเดิมที่ยังไม่ได้ใช้การดูแลผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อพบแพทย์ ประเมิน รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และนัดหมายติดตามการรักษาต่อเนื่อง จนกว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะสามารถควบคุมได้ดี และไม่มี



อาการแทรกซ้อน จึงจะส่งต่อกลับมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนปัญหาและอุปสรรคก็พบว่า การติดต่อแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย จะได้รับคำแนะนำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาบ่ายหรือเวลาว่างจากการบริการ และจะติดต่อผ่านทางโทรศัพท์หรือ Line application ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลการรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ ทำให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยสั่งการรักษา ตรงตามสภาพปัญหา และการให้คำแนะนำปรึกษาการดูแลของผู้ป่วย จึงต้องส่งผู้ป่วยกลับมารับการรักษาเพื่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายเช่นเดิม ทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และโรงพยาบาลแม่ข่ายประสบปัญหาความแออัด แพทย์พยาบาลให้เวลาในการให้คำแนะนำ และดูแลผู้ป่วยน้อยลง

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ครอบครัว ได้ประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรครวมทั้งปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และยั่งยืน เน้นการขยายการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการ ลดความแออัดภายในโรงพยาบาล กระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านด้วยกระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วม ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง จัดกลุ่มผู้ป่วย เพื่อจัดระบบบริการให้มีความเหมาะสมตามความเสี่ยง และระดับความรุนแรงของโรค สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (People Center) ช่วยให้งานบุคลากรทางการแพทย์สามารถบริหารจัดการเวลาในแต่ละกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง นำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ตลอดจนผู้ป่วยก็สามารถลดระยะเวลาในการรอคอยบริการ และช่วยลดปัญหาความแออัดภายในโรงพยาบาล⁽²⁾ ร่วมกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้มีการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศ ไม่ว่าจะเป็นด้านอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และเครือข่ายต่างๆ ในการติดต่อสื่อสาร และได้ตอบกันระหว่างคนไข้ และผู้ให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศ อำนวยความสะดวกในกระบวนการของการวินิจฉัยรักษา และการดูแลสุขภาพให้กับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ สามารถลดข้อจำกัดด้านระยะทางของผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ที่ต้องเสียเวลาเดินทางไกลๆ⁽³⁾ และแนวคิดงานวิจัยที่มีการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยของดาราธรรม ร่องเมือง และคณะ ที่นำระบบแพทย์ทางไกลมาพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ช่วงระหว่างการระบาดของโควิด-19⁽⁴⁾ และวีระชน ทวีศักดิ์ ที่พัฒนารูปแบบการรับ และส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ⁽⁵⁾ มาพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



ไม่ดี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการบริการ และดูแลอย่างต่อเนื่อง และตรงตามสภาพปัญหาความต้องการบริการของผู้ป่วย มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองจากโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการบริการ และความต้องการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของผู้ป่วยเบาหวาน และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) พัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้กระบวนการวิจัยผสมผสาน (Mix Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาความต้องการบริการ และความต้องการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของผู้ป่วยเบาหวาน และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group)
2. นำข้อมูลปัญหาความต้องการบริการของผู้ป่วยเบาหวาน และความต้องการจัดบริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องการให้บริการกำหนด และพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล
3. จัดให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลที่กำหนด ขยายครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย และจัดบริการอย่างต่อเนื่อง
4. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การประเมินความพึงพอใจการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวานผู้มารับบริการ ความเป็นไปได้



การจัดบริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และผลลัพธ์การจัดการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.1 ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาความต้องการบริการดูแลโรคเบาหวานผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เป็นตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล ที่ต้องได้รับการปรึกษาในการตรวจ และสั่งรักษา พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำให้การดูแลตนเองจากแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายบริการ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน คัดเลือกโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

1.2 ศึกษาวิเคราะห์ความต้องการจัดบริการดูแลโรคเบาหวานผ่านระบบการแพทย์ทางไกลของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล 4 คน เภสัชกร 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน คัดเลือกโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีผ่านระบบการแพทย์ทางไกลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 166 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร⁽⁶⁾ และคัดเลือกใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling)

2.2 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีผ่านระบบการแพทย์ทางไกลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 คน คัดเลือกโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ศึกษาปัญหา และความต้องการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเพื่อศึกษาความต้องการการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล



3. แบบสอบถามความพึงพอใจการรับบริการ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผลแบบอิงเกณฑ์⁽⁷⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
2.34-3.00	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง
1.67-2.33	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
1.00-1.66	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามความเป็นไปได้การให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความคุ้มค่า และการขยายผลสู่การปฏิบัติ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผลแบบอิงเกณฑ์⁽⁷⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
3.67-5.00	มีความเป็นไปได้ระดับมาก
2.34-3.66	มีความเป็นไปได้ระดับมาก ระดับปานกลาง
1.00-2.33	มีความเป็นไปได้ระดับน้อย

5. แบบบันทึกการประเมินผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ การควบคุมน้ำตาลในเลือด ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การประหยัดเวลา และลดระยะเวลารอคอย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แบบสอบถามความพึงพอใจการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความเป็นไปได้การให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และแบบบันทึกการประเมินผลลัพธ์การให้บริการ ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเฉพาะทางที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง และผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย พิจารณาความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.85, 0.96, 0.94, 0.88 และ 0.84 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความเป็นไปได้การให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)



ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และตีความสรุปแบบอุปนัย และมาแยกเป็นประเด็น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ รหัส BKP 20022-009 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565

สรุปผลการวิจัย

1. ความต้องการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ต้องการรับบริการระบบการแพทย์ทางไกลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สะดวกกว่าเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ได้พบแพทย์ เกษศกร พยาบาล ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลไม่ต่างจากมาโรงพยาบาล ได้รับการประเมิน การดูแล และรับยาตามนัดที่ต่อเนื่อง ส่วนความต้องการจัดบริการเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เห็นว่า การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านระบบการแพทย์ทางไกล จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง เข้าถึงบริการที่สะดวกมากขึ้น ช่วยลดความแออัด และลดเวลารอคอยในโรงพยาบาล จะช่วยการจัดบริการควมมีรูปแบบ และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน การใช้ระบบ Telemedicine โดยให้โรงพยาบาลเป็นแม่ข่าย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นลูกข่าย มีเครือข่ายระบบสื่อสารที่ครอบคลุมและเสถียร สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลประวัติ และสั่งการรักษาผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สั่งการรักษา จัดยา และให้คำแนะนำผู้ป่วย โดยใช้โปรแกรม HOSxP PCU

2. รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย 1) การเชื่อมต่อระบบสื่อสารอินเทอร์เน็ต และเชื่อมโยงฐานข้อมูล HOSxP PCU ขึ้นระบบ HIS on Cloud 2) การจัดหาเตรียมอุปกรณ์เชื่อมต่อ และรองรับการจัดบริการ 3) การจัดบริการ ประกอบด้วย การเตรียมข้อมูลผู้ป่วย การเชื่อมโยงระบบสื่อสาร และฐานข้อมูล การตรวจร่างกาย และสั่งการรักษา บันทึกการรักษา จัดยา และให้คำแนะนำผู้ป่วย และออกวันนัดติดตาม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี
ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล

3.1 ความพึงพอใจการรับบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ พบว่า ความพึงพอใจการรับบริการ ภาวรวม ($\bar{X}$ = 2.93, S.D. = 0.87) และมีความพึงพอใจรายด้านต่างๆ ด้าน ระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจการรับบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine NCDs on Cloud) ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ

ความพึงพอใจการรับบริการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ	2.90	0.15	มาก
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ให้บริการ	2.94	0.14	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	2.94	0.10	มาก
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพ	2.85	0.23	มาก
ภาพรวม	2.93	0.87	มาก



3.2 ความเป็นไปได้ของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของผู้ให้บริการจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ภาพรวมมีความเป็นไปได้ ระดับมาก ($\bar{X}=4.30$, S.D.= 0.59) และมีความเป็นไปได้ของการจัดบริการรายด้านต่างๆ ด้าน ระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเป็นไปได้ของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine NCDs on Cloud) ของผู้ให้บริการ

ความเป็นไปได้ของการจัดบริการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความสอดคล้อง	4.07	0.29	มาก
ความเหมาะสม	4.17	0.92	มาก
ความเป็นไปได้	4.53	0.58	มาก
ความคุ้มค่า	4.44	0.58	มาก
การขยายผลสู่การปฏิบัติ			มาก
ภาพรวม	4.30	0.59	มาก

3.3 ผลลัพธ์การจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ เฉลี่ย 347 ราย/เดือน ครอบคลุมร้อยละ 77.39 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.86 เป็นร้อยละ 20.96 ลดค่าใช้จ่ายจากที่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล รายละประมาณ 500 บาท/ครั้ง (รวมค่าจ้างรถ 300 บาท ค่าอาหาร 100 บาท และค่าเสียโอกาสที่ต้องทำงานกริดยงพารา 100 บาท) ลดลงเหลือ 50-100 บาท/ครั้ง ประหยัดเวลา และลดระยะเวลาการรอคอย ได้รับการบริการอย่างรวดเร็ว ไม่ต้องมาโรงพยาบาลแม่ข่ายบ่อยๆ มาตรวจที่โรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ย 8 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลาเฉลี่ย 4 ชั่วโมง ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการพัฒนาก่อนและหลังการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล

ผลการพัฒนา	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1.การเข้าถึงบริการ	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และมีภาวะแทรกซ้อน ต้องได้รับการส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาล	มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 347 ราย/เดือน
2.การควบคุมน้ำตาลในเลือด	ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 19.86	ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 20.96
3.ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	500 บาท/ครั้ง	50 - 100 บาท/ครั้ง
4.ประหยัดเวลาและลดระยะเวลารอคอย	โรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เวลาเฉลี่ย 8 ชั่วโมง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลาเฉลี่ย 4 ชั่วโมง

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ที่ได้จากการวิจัยนี้ เกิดจากพัฒนารูปแบบบริการระหว่างผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ด้วยการนำเอานำแนวคิดการจัดบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽²⁾ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในการเสนอความต้องการรับบริการ และความต้องการจัดบริการ ร่วมกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพด้วยระบบการแพทย์ทางไกล⁽³⁾ ที่นำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศใช้ติดต่อสื่อสาร และได้ตอบกันระหว่างคนไข้ และผู้ให้บริการ มาผสมผสานกัน สามารถตอบสนองกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการลดระยะเวลา และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ สอดคล้องกับดรรชนี ร่องเมือง และคณะ ที่พัฒนารูปแบบระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้องที่ประกอบด้วย การดูแลรักษาผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้องผ่านระบบการแพทย์ทางไกล การจัดการยาสำหรับผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้อง และใช้แอปพลิเคชันเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้องระยะไกล⁽⁴⁾ สอดคล้องกับวิระชน ทวีศักดิ์ ที่พัฒนารูปแบบการรับ และส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ระบบประชุมทางไกล ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล ระบบการศึกษาทางไกล และระบบเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อสื่อสาร



ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทย์สามารถติดตามอาการผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ รับแจ้ง และประสานงานการรับและส่งต่อผู้ป่วย ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วย⁽⁵⁾

2. ผลการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับคาราวรรณ รองเมือง และคณะ ที่พัฒนารูปแบบระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่พบว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการระยะเวลาดำเนินการและระยะเวลารับบริการของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบแพทย์ทางไกลในระดับมาก⁽⁴⁾ สอดคล้องกับพิราลักษณ์ ลาภหลาย และมารศรี ปิ่นสุวรรณ พัฒนาการใช้ Telehealth ดูแลผู้ป่วยบาดแผลเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นรูปแบบการดูแลที่นำเทคโนโลยีดิจิทัล และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงมาใช้ในการดูแลบาดแผลเรื้อรัง และสามารถประเมินความเสี่ยง แนะนำช่องทางการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลโดยตรงเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการเข้ารับบริการ และลดความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขจากพยาบาลเฉพาะทางพยาบาลบาดแผล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหายของแผลเรื้อรัง จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดแผลเรื้อรังด้วยการใช้ Telehealth เพิ่มมากขึ้นกว่ารูปแบบการดูแลบาดแผลเรื้อรังตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สรุป และถอดบทเรียนการดำเนินงาน วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง ปรับปรุง และพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการ และพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพการจัดบริการแก่บุคลากรผู้ให้บริการ
2. รูปแบบการจัดบริการจากการวิจัยนี้ นำไปขยายการจัดบริการให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และประชาสัมพันธ์ชี้แจงผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการ
3. จัดทำข้อเสนอผู้บริหาร และแผนงานขยายการจัดบริการให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และจัดบริการเพิ่มเติมกลุ่มในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง จิตเวช ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประคับประคอง โดยบูรณาการบริการเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิ และ 3 หมอ



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง จิตเวช ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประทับประคอง ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล และศึกษาผลการพัฒนาว่า ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลา และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ ได้เช่นเดียวกับการวิจัยครั้งนี้หรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่นำร่อง ทุกแห่ง ขอขอบพระคุณ แพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่นำร่อง และผู้รับผิดชอบงานเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ทุกแห่ง และขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวาน ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. รายงานการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. เอกสารอัดสำเนา; 2564.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวานวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
3. วรธยา เปาอินทร์. Thailand Health 4.0 challenges and opportunities. Journal of the Thai Medical Informatics Association; 1, 2560: 31-36.
4. ดาราวรรณ รongเมือง และคณะ. การพัฒนารูปแบบระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากการระบาดของโควิด-19. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2564; 1: 108-27.
5. วีระชน ทวีศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่าย สุขภาพ ร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 9(01): 148-158.



6. วนิตา พงษ์ศักดิ์ชาติ. (2563). การคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่องานวิจัย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://thaimed.buu.ac.th/public/backend/upload/thaimed.buu.ac.th/document/file/document161717461088510200.pdf>
7. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: อมรการพิมพ์; 2560.
8. พิรลักษ์ณ์ ลากหลาย และมารศรี ปิ่นสุวรรณ. การใช้ Telehealth ดูแลผู้ป่วยบาดแผลเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.ayhosp.go.th/ayh/index.php/ic-news/156-ha/quality-day-2563/5594-wound-care-challenges-and-solutions-by-telehealth-during-the-covid-19-pandemic-qd63>



การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

THE DEVELOPMENT OF CARE SYSTEM FOR STROKE RISK GROUP AMONG HYAPERTENSION PATIENTS IN THE SERVICE AREA OF THAKHUNTHO HOSPITAL, THAKHUNTHO DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: October 16, 2023

Revised: November 06, 2023

Accepted: November 24, 2023

เมตตา สุริยะ^{1*}

Metta Suriya^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 128 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และเครื่องมือเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า (1) การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำข้อมูลสถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุน การแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (2) การทดลองใช้ระบบการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน การจัดระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง การบูรณาการร่วมกันของทุกสหวิชาชีพ และการพัฒนาศักยภาพชุมชนในรูปแบบการดำเนินงานสร้างความร่วมมือจากโรงพยาบาล เทศบาล และทุกภาคส่วน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, โรคความดันโลหิตสูง

¹ โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Thakhuntho hospital, Kalasin province.

*Corresponding author E-mail: tan.metta2011@gmail.com



Abstract

The 1st cycle of action research aimed to study the development of care system for stroke risk group among hypertension patients in the service area of Thakhuntho hospital. The samples were divided 2 groups; stroke risk group with hypertension patients at 128 samples and stakeholders 30 samples. The instruments were used the quantitative data with questionnaire and qualitative data with in-depth interview, which implementation 8 weeks. The statistical was used descriptive statistic and content analysis.

The results showed; (1) The development of care system for stroke risk group among hypertension patients was born of situation and risk behavior among them, which was promoted health literacy, and supported and dissolved problem and barrier to caring stroke risk group from network partners to surveillance the risk of stroke among hypertension patients. (2) The implementation the development of care system for stroke risk group among hypertension patients to try out and outcome of development of care system for stroke risk group among hypertension patients was found the workshop of stakeholders, the meeting for improve health literacy in community, the system to follow-up the risk group of stroke, the integration with multidisciplinary job in hospital and community, and development the potential between hospital, municipality, and all of community sector for prevention stroke disease among hypertension patients in the service area.

Keyword: Stroke Risk Group, Action Research, Hypertension



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิต 52.8 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559 ที่มีผู้เสียชีวิต 48.7 ต่อประชากรแสนคน การตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากปล่อยไว้นานจะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมที่ควรเข้าถึงสถานพยาบาล คือ 3-4.5 ชั่วโมงภายหลังเกิดอาการ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น และนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอย่างทันเวลา⁽¹⁾ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระหว่างปี 2561-2565 พบรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ดังนี้ 201.94, 216.88, 222.43, 221.69 และ 200.72 รายต่อแสนประชากร, ร้อยละของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เท่ากับ 6.58, 7.71, 8.04, 7.38, และ 7.23 ส่วนรายงานการเสียชีวิตภายหลังการรักษา 30 วัน ร้อยละ 9.45, 8.88, 9.24, 9.42, และ 9.70 ตามลำดับ⁽²⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปี 2561 – 2565 พบจำนวนผู้ป่วย 2,715, 2,862, 3,458, 3,744 และ 4,309 ราย ส่วนอำเภอท่าคันโท พบจำนวนผู้ป่วย 72, 69, 122, 128 และ 129 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตของจังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้ 120, 105, 126, 134, และ 125 ราย ตามลำดับ และอำเภอท่าคันโท 0, 0, 0, 1 และ 0 ราย ตามลำดับ โดยเมื่อต้นปีงบประมาณ 2566 อำเภอท่าคันโท พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย⁽³⁾

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสมองตีบ อุดตัน หรือแตก คล้ายคลึงกัน พบได้ในประชากร ตั้งแต่อายุ 20 ปี ขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบความผิดปกติของผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มคนอายุน้อย อาจจะมีลักษณะของความผิดปกติแต่กำเนิดหรือเป็นความผิดปกติของพันธุกรรมที่ทำให้หลอดเลือดผิดปกติ มีการเชื่อมต่อกันของหลอดเลือดผิดปกติ ส่วนวัยกลางคนมักจะเกิดจากการใช้ชีวิต หรือพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี โดยเฉพาะการสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนั้น สารเคมีที่ใช้หรือยาที่ใช้บางชนิดทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดได้ ที่สำคัญผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง “โดยธรรมชาติ” เนื่องจากความเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผนังหลอดเลือดทำให้เสียความยืดหยุ่นไป รวมไปถึงผู้สูงอายุมักมีโรคอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุหรือความเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้เร็ว และมากกว่าคนวัยอื่นถึง 3 เท่า ส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำมีมากกว่า 2 ครั้งต่อปี ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป อาการหรือสัญญาณเตือน ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง อาการหลัก คือ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก หรือมีอาการพูดไม่ชัด ซึ่งอาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใด และมีระยะเวลานับอาการเหล่านี้ มักจะไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้ค่อนข้างยากที่จะบอกว่า เป็นอาการโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁾



การรักษาที่สำคัญเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน คือ การละลายลิ่มเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) ภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง เพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด⁽¹⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้เนื่องจากความล่าช้าในการ เข้ารับบริการ และการให้บริการที่ล่าช้าของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผลลัพธ์การรักษาลดลงผู้ป่วยอาจเสียชีวิต^(1,11)

จากการทบทวนสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ พบว่า ล้วนมาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ ร่วมกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมการป้องกันจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต^(6,9) ดังนั้น นอกจากการคัดกรองการค้นหาผู้ป่วยแล้ว สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเฉพาะโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมองสูง รวมทั้งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลระบบของการรับแจ้งเหตุ และสั่งการการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมา เพื่อพัฒนางานอย่างเป็นระบบ โดยการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรการดำเนินงานแบบ PDCA ของ Demming WE.⁽⁴⁾ เพื่อให้เกิดการศึกษาแนวทางต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบภาคขยาย การให้บริการเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยง และชุมชน เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่าย และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนัก สามารถดูแลตนเอง และลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลท่าคันโทได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อนำระบบการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปทดลองใช้ และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัยการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของ Demming WE.⁽⁴⁾ ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน (Plan: P), ขั้นปฏิบัติการ (Do: D), ขั้นติดตามและประเมินผล (Check; C), และขั้นการปรับปรุง (Act; A) โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 232 คน⁽³⁾ โดยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีทราบจำนวนประชากรของ Wayne WD.⁽⁵⁾ โดยอ้างอิงข้อมูลพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของกาญจนาพร ยอดภีระ⁽⁶⁾ แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n_p = \frac{Np(1-p)Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1)+p(1-p)Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

เมื่อ N คือ ขนาดประชากร เท่ากับ 232 คน, P คือ สัดส่วนของประชากรที่ต้องการสุ่มพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.25, Z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนด หรือระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 เท่ากับ 1.96, α คือความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ .05, และ d คือ สัดส่วน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.05 (ระดับความเชื่อมั่น 95%)

$$n = \frac{232(0.25)(1-0.25)(1.96)^2}{(0.05)^2(232-1)+0.25(1-0.25)(1.96)^2} = 127.52 = 128 \text{ คน}$$

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 128 คน โดยใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ ทั้งนี้ จะดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างให้ครบจำนวน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลที่ไม่เต็มจำนวน

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคเครือข่าย โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่ โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการใน การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท ดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 คน, กำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน, สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 5 คน และตัวแทนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพ สมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ตนเองต่อเดือน, ระดับความดันโลหิต, สิทธิการรักษา, การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 29 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การตอบแบบสอบถามจะมีคำถามให้ผู้ตอบเลือกประมาณ 5 อันดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน), ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน), ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3 คะแนน),



ปฏิบัติงานทุกครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ซึ่งวัดผลตามเกณฑ์การประเมินของ Best JW.⁽¹³⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมระดับสูง (คะแนนระหว่าง 3.68–5.00), พฤติกรรมปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34–3.67), และพฤติกรรมระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 1.00–2.33)

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, ความต้องการจากองค์กร และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, นโยบายที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ, การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, และปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนในการดูแล และเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือวิจัยที่ได้พัฒนาแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้วยค่า IOC (Index of item–Objective Congruence) ซึ่งมีค่า IOC = 0.79 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยการทดลองใช้กับประชากรในพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง KLS.REC82/2566 วันที่ 21 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.16 อายุเฉลี่ย 59.51 ± 11.17 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.68 ± 3.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.00 การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6 ร้อยละ 68.75



อาชีพหลัก ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.47 รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน 3943.75 ± 4263.91 บาท ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 4.33 ± 4.55 ปี ระดับความดันโลหิตตัวบน ล่าสุด เฉลี่ย 131.17 ± 11.83 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ล่าสุด เฉลี่ย 81.56 ± 7.99 มิลลิเมตรปรอท สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 78.13 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.88 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.34 ประวัติโรคร่วมความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 53.13 และมีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.69

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.59 ± 0.41 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง ร้อยละ 64.34 รายละเอียดดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=128)

ลำดับ	ระดับของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
1	การปฏิบัติตัวระดับสูง (คะแนนระหว่าง 3.68–5.00)	46	35.66
2	การปฏิบัติตัวระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34–3.67)	83	64.34
3	การปฏิบัติตัวระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 1.00–2.33)	0	0.00
Mean $\pm$ SD = 3.59 ± 0.41 , Median = 3.58, Min = 2.54, Max = 5.00 (คะแนน)			

ส่วนข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่าย พบว่า ตัวแทนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 54.00 ± 5.83 ปี ส่วนอาสาสมัครที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.00 อายุเฉลี่ย 51.20 ± 9.38 ปี ทั้งนี้ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.72 ± 3.32 สถานภาพสมรส ร้อยละ 90.00 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 70.00 อาชีพหลักส่วนใหญ่ พนักงานราชการ ร้อยละ 50.00 รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน 20526.00 ± 16810.53 บาท สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ ประกันสังคม ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.00 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ดื่มมานานๆ ครั้ง ร้อยละ 50.00 ประวัติโรคร่วม ส่วนใหญ่ไม่พบโรคร่วม ร้อยละ 50.00 มีญาติสายตรงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.00

2. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามรูปแบบการดำเนินงานของ Demming WE.⁽⁴⁾ ดังนี้



2.1 ขั้นวางแผน (Plan: P) มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) กำหนดแผนในการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่
- 2) วางแผนในการเก็บแบบสอบถาม เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ให้ครบทั้ง 128 คน
- 3) กำหนดรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์ และ พฤติกรรมความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ, การดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 4) คัดเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างการวิจัย จากกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข, กำนัน และ ผู้ใหญ่บ้าน, สมาชิกสภาเทศบาล และตัวแทนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน และได้ทำหนังสือเชิญร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Do: D) ดำเนินกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

- 1) สรุปสถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ เพื่อให้เห็นอันตราย ความรุนแรง และเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- 2) การส่งเสริมความรู้ ความรอบรู้ และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม ด้วยการให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ได้เสนอสิ่งที่ตนเองเข้าใจ รับรู้ และตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสะท้อนจากสถานการณ์ และข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่
- 3) การสนับสนุน การแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม ด้วยการให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ได้นำเสนอ และ ถอดประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะช่วยในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และให้ความร่วมมือแก่ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ. ซึ่งถ้าเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง จะให้ญาติเรียกใช้บริการ 1669 ของเทศบาลตำบลท่าคันโท

กลุ่ม อสม. จะช่วยส่งเสริม และประชาสัมพันธ์ความรู้ ความเสี่ยง และการเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตามที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.

กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน จะช่วยส่งเสริม และประชาสัมพันธ์ความรู้ ความเสี่ยง และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ลูกบ้าน ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน



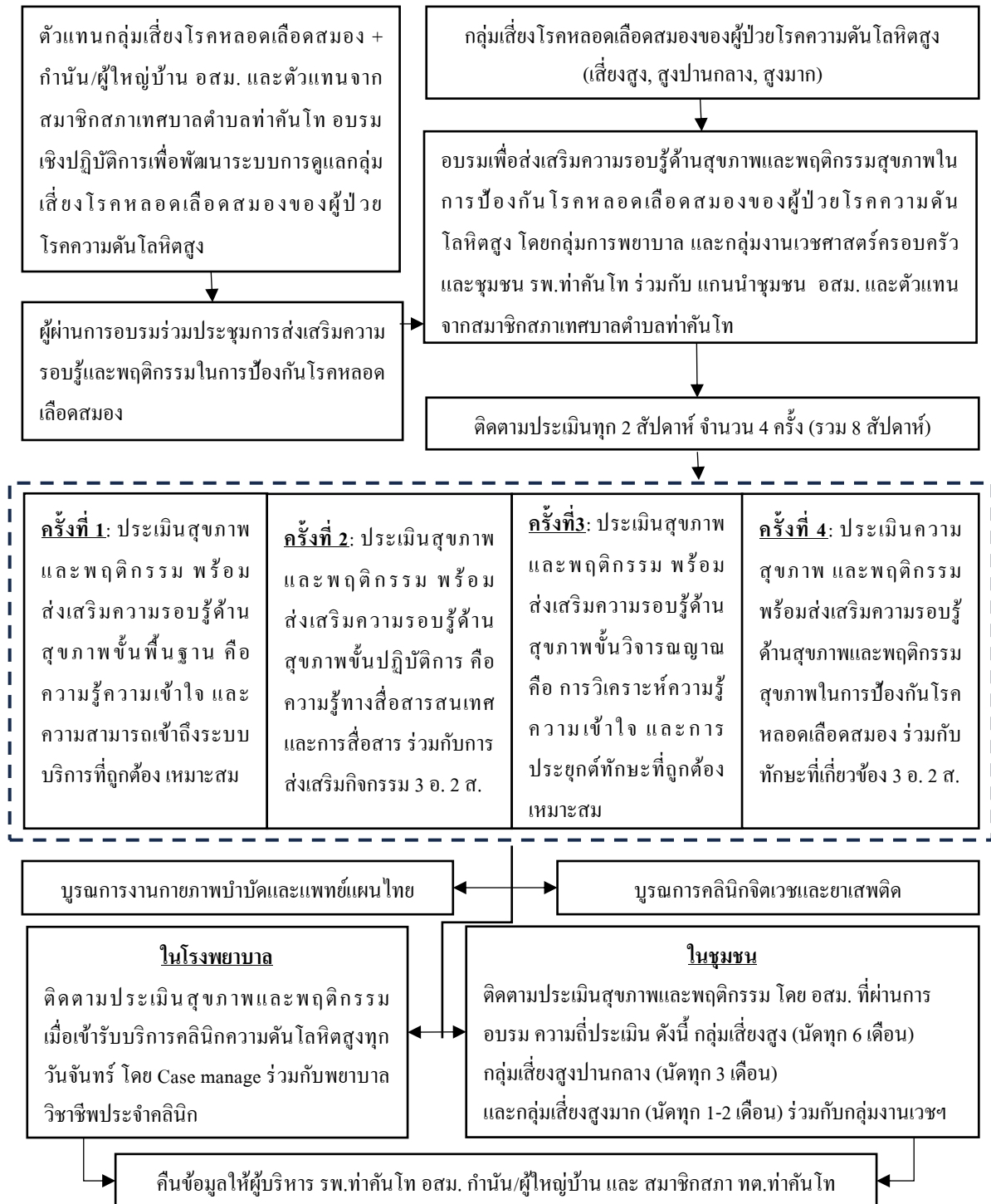
สมาชิกสภาเทศบาล จะช่วยสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สะดวก และเข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกราย รวมทั้งจะขอสนับสนุนจาก เทศบาลตำบลท่าคันโทในการทำป้ายประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้ในชุมชนทุกหมู่บ้าน โดยประสานวิทยากรจาก รพ.ท่าคันโท

2.3 ขั้นติดตาม และประเมินผล (Check: C) การตรวจสอบแผนการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์แผนกิจกรรมของ สินีนาฏ ทองสุข และอรสา กงตาล⁽⁷⁾ ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งวางแผนติดตามและประเมินผล ดังภาพประกอบ 1

รวมทั้ง การประเมินสถานการณ์ และการมีส่วนร่วม พบว่า ตัวแทนภาคีเครือข่าย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับคำว่า “หลอดเลือดสมอง” แต่เข้าใจคำว่า “อัมพฤกษ์ อัมพาต” ทั้งนี้ ได้ให้ความรู้เพิ่มเติม ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมการประชุมมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เข้าใจสถานการณ์ และความรุนแรงของโรค รวมทั้งช่องทางการเข้ารับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ เบอร์ติดต่อ สายด่วน 1669

2.4 ขั้นการปรับปรุง (Act: A) ดังนี้

1) ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาวงรอบต่อไป โดยรวบรวมข้อคิดเห็น พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองนั้น เข้าใจว่าตนเองมีความตระหนัก และใส่ใจสุขภาพของตนเองดีอยู่แล้ว ขอแค่ได้รับการประเมินสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้รับการจากโรงพยาบาลรวดเร็วขึ้น ส่วน อสม. มองว่า กลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนัก และความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงเสนอให้มีการอบรมให้ความรู้ในแต่ละหมู่บ้าน ที่ศูนย์โฮมสุข หรือสุขศาลา และเชิญผู้นำชุมชน และ สท. และนายกเทศบาลตำบลท่าคันโท มาร่วมรับฟัง ส่วนตัวแทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน มองเห็นถึงความสำคัญของปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากความตระหนักของกลุ่มเสี่ยง และมีความยินดีที่จะช่วยเป็นกระบอกเสียง ถ้ามีการจัดประชุมให้ความรู้ในหมู่บ้าน ส่วนตัวแทนจากสมาชิกสภาเทศบาลตำบลท่าคันโท ก็แสดงถึงความยินดีถ้ามีการจัดประชุมในชุมชน และจะเชิญผู้บริหารจากเทศบาลท่าคันโทเข้าร่วมรับฟังด้วย ซึ่งถ้ามีข้อเสนอเกี่ยวกับงบประมาณ ท่านจะได้รับไปนำเสนอในวาระการประชุมของเทศบาลต่อไป



ภาพประกอบ 1 การประยุกต์แผนกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) การนำเสนอการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง ในระดับผิชอบโรงพยาบาลท่าคันโท พบว่า รูปแบบที่ได้รับการพัฒนา



ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่, การอบรมให้ความรู้ในชุมชนทุกหมู่บ้าน ร่วมกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน และการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง, การจัดระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยงตามความถี่ของการประเมิน, การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของทุกคลินิกในโรงพยาบาล และชุมชน, และการพัฒนาศักยภาพชุมชนในรูปแบบการดำเนินงานที่ชุมชน ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาล และเทศบาล รายละเอียดดังตาราง 2

ตารางที่ 2 แสดงรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

องค์ประกอบ	รูปแบบที่ได้รับการพัฒนา
การอบรมเชิงปฏิบัติการ	อบรมแบบบูรณาการ โดยนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นตัวแทนในแต่ละกลุ่มร่วมเข้าประชุม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, อสม., ผู้นำ/ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภา ทต.ท่าคันโท
การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	อบรมให้ความรู้ในชุมชน ทุกหมู่บ้าน ตั้งแต่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชาชนทั่วไป อสม. ผู้นำ/ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภา ทต.ท่าคันโท
แนวคิดของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	เพิ่มการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในการให้สุขศึกษา ร่วมกับการยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case study) เพื่อเป็นอุทาหรณ์ในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง
การคัดกรอง การติดตามและประเมินพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	การคัดกรอง ติดตามประเมินสุขภาพและพฤติกรรม โดย อสม. ที่ผ่านการอบรม ความถี่ประเมิน ดังนี้ กลุ่มเสี่ยงสูง (นัดทุก 6 เดือน), กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (นัดทุก 3 เดือน) และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (นัดทุก 1-2 เดือน) ร่วมกับกลุ่มงานเวชฯ
การดำเนินงานของคลินิกโรคเรื้อรัง	บูรณาการร่วมกัน ของภายในกลุ่มการพยาบาลคือ คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกจิตเวชและยาเสพติด แผนกตึกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนิติเวช แผนกตึกผู้ป่วยใน และงานโภชนาศาสตร์, กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน และ กลุ่มงานกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.
ศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังในชุมชน	รูปแบบการดำเนินงานที่ชุมชนขอความร่วมมือจากโรงพยาบาล และเทศบาล เข้าไปดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการให้ความรู้ และความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน และการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง และประชาชนในชุมชน



สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท ได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากข้อมูลสถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุน การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการที่จะช่วยเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. การนำระบบการพัฒนาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้ และผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง, การอบรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน, การจัดระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยงตามความถี่ของการประเมิน, การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของทุกสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลและชุมชน, และการพัฒนาศักยภาพชุมชนในรูปแบบการดำเนินงานสร้างความร่วมมือจากโรงพยาบาล เทศบาล และทุกภาคส่วน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าคันโท ได้อภิปรายผล ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากข้อมูลสถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุน การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการที่จะช่วยเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษา สินีนาถ ทองสุข และอรสา กงตาล⁽⁷⁾ พบว่า การบันทึกฐานข้อมูลจะเป็นตัวช่วยแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการช่วยสนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะระดับผู้บริหารได้เล็งเห็นที่จะตัดสินใจในการช่วยให้การดูแลกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของโรงพยาบาลพัฒนานิคมประสบผลสำเร็จขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ตรึงตรา โพธิ์อำมาตย์⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนาระบบที่ชัดเจน และมีมาตรฐานเกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่เริ่มแรก รวมทั้งการประชาสัมพันธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือด



สมองในชุมชนให้มีความต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง และบูรณาการการแพทย์ฉุกเฉิน และพบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด ความเชื่อ และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) การนำระบบการพัฒนาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปทดลองใช้ และผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, การอบรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน, การจัดระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง, การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของทุกสาขาวิชาชีพ, และการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้วยการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิ (8) และการศึกษาของ ไพรินทร์ พัสตุ และคารุณี จงอุดมการณ์ (9) พบว่า ผลจากการมีส่วนร่วมเกิดจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ในการดูแลตนเอง รวมทั้งครอบครัว และเพื่อนบ้านช่วยดูแล และสนับสนุน อาสาสมัครชุมชนทำงานเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรอง ส่งต่อ และให้คำแนะนำ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเสริมความรู้ กำลังใจ และให้คำแนะนำ และเจ้าหน้าที่ปกครองท้องถิ่นและเอกชน ช่วยอำนวยความสะดวกในทุกด้านของชุมชน เพื่อให้เกิดการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ และช่วยลดช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ วิยะดา รัตนสุวรรณ และคณะ (10) พบว่า แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจาก 4E Model คือ (1) Empower การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้นำชุมชน (2) Encourage กระตุ้นองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วม (3) Engage สร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลหลักและเครือข่ายสุขภาพ และ (4) Enhance แนวทางการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วม และมีการกำหนดบทบาทของตนเองในแต่ละภาคส่วน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการดำเนินงานบูรณาการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และทุกขั้นตอนของการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และยั่งยืนในการดำเนินงานต่อไป



2. ควรศึกษา และติดตามการวิจัยเป็นระยะ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้เกิดระบบการพัฒนาที่เป็นระบบ และยั่งยืน ในวงรอบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, พนทิพย์ วชิรฉิลก, และธีระ ศิริสมุด. รายงานการศึกษาศาสนาการณบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก ; https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/415818_20220624102116.pdf
2. ศูนย์กลางข้อมูลเปิดภาครัฐ สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน). Resource Info: ข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Stroke) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จากจาก; https://data.go.th/en/dataset/dataset-pp_32_031
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [HDC]. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคหัวใจ และหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3
4. Demming WE. Out of the Crisis. MIT Press. 1986.
5. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 1995.
6. กาญจนพร ขอดกิริยะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 1(2): 19-27.
7. สีนินาถ ทองสุข และอรสา กงตาล. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2564; 44(2): 86-97.
8. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิ. การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2561; 19(2): 2-11.
9. ไพรินทร์ พัสตุ และดารุณี จงอุดมการณ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลสภาการชาติไทย 2563; 13(1): 179-95.



10. วิยะดา รัตนสุวรรณ, วิไลพร ศรีวัย และวิญญู แก้วเทพ. การพัฒนาศักยภาพชุมชน ในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2564; 22(2): 111-24.
11. ชลภัตสรณ์ วิวรรณพงษ์. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลโสธร. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
12. ตรึงตรา โพธิ์อำมาตร์. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
13. Best, J.W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.1977.



การพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด
เครือข่ายโรงพยาบาลโสธร
THE DEVELOPMENT OF GUIDELINE FOR
NEWBORN HEARING SCREENING IN YASOTHON
HOSPITAL NETWORK

Received: September 15, 2023

Revised: November 13, 2023

Accepted: November 22, 2023

พรรณี ตูยาไส^{1*}, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท¹

Pannee Tuyasai^{1*}, Doungporn Wattanaruangkowit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด มี 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้แนวคิดของโคนาปีเดียน 2) ออกแบบพัฒนาเครื่องมือ และบุคลากร 3) ทดลองใช้เครื่องมือ 4) นำผลการทดลองมาปรับปรุง และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพเครือข่ายโรงพยาบาลโสธร จำนวน 26 คน 2) ทารกแรกเกิดที่คลอดระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 469 คน

ผลการวิจัย แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นเป็นการจัดบริการโดยแบ่งเขตโซนบริการตรวจการได้ยินเป็น 4 โซน จัดระบบการส่งต่อทารกเพื่อตรวจรักษา หลังพัฒนาทารกได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 95.73 พบทารกผิดปกติ ร้อยละ 0.85 ทุกรายได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ และทักษะสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด, มารดามีความพึงพอใจระดับมาก

แนวทางการคัดกรองทารกแรกเกิดช่วยให้เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จากการพัฒนาในรูปแบบโซนบริการ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย ควรให้คำแนะนำกับมารดาขณะตั้งครรภ์ เพื่อสร้างความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองการได้ยินจะช่วยให้ทารกได้รับการคัดกรองมากขึ้น

คำสำคัญ: การคัดกรองการได้ยิน, ทารกแรกเกิด

¹ โรงพยาบาลโสธร

Yasothon Hospital

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



Abstract

The research is "Research and Development", the objective of the study was to develop guidelines for newborn hearing screening. Which has 4 steps: 1) surveying and studying the current problem situation which using the donabedian model. 2) Designing and development of tools and personnel. 3) Testing research development tools and 4) Using the experimental results for improvement and evaluation. Sample group will be specific, including 1) 26 relevant registered nurses in yasothon hospital networks. And 2) 469 newborns who were born between April 1, 2022, and June 30, 2022.

Research results: The screening guidelines developed are for organizing services by dividing service zones into four zones. Organizing a system for referring newborns for treatment. After development, the screening attendance rate was 95.73 %. It was discovered that 0.85% of newborns had abnormalities, and all of them were referred and received treatment. Registered nurses exhibit significantly higher scores in knowledge and skills compared to before development. Nurses express the highest level of satisfaction, mothers exhibit a high level of satisfaction.

Suggestion from the research: Screening guidelines for newborns help support comprehensive public health services, reducing the financial burden of hospital visits can be accomplished through the development of service zones model and the capabilities of personnel within the hospital network. Providing guidance to expectant mothers during pregnancy to create awareness and emphasize the importance of hearing screening will contribute to increased screening for newborns.

Keywords: hearing screening, newborn



บทนำ

การได้ยินเป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ภาษา เพื่อพัฒนาการพูด⁽¹⁻²⁾ การสูญเสียหรือการบกพร่องการได้ยินในทารกแรกเกิด มีผลต่อพัฒนาการทางด้านการสื่อสาร ความจำ พฤติกรรม การพัฒนาทางด้านอารมณ์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยเฉพาะทารกในช่วงอายุ 3 ปีแรก⁽²⁾ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการดำเนินชีวิต เด็กที่บกพร่องการได้ยิน จะมีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่น มีส่วนทำให้เด็กมีปัญหาทางพฤติกรรม และปัญหาในการปรับตัวมากกว่าเด็กปกติ⁽³⁾ ส่งผลต่อการเรียนรู้ และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

ความบกพร่องในการได้ยินของทารกแรกเกิดไม่สามารถสังเกตดูได้ด้วยตาเปล่าหรือตรวจพบได้โดยการตรวจร่างกาย⁽⁴⁾ ทำให้ทารกถูกละเลยการค้นหาความบกพร่องการได้ยิน ทารกแรกเกิดทุกคนต้องผ่านการตรวจคัดกรองการได้ยิน⁽⁵⁾ ภายในอายุ 1 เดือน ถ้าผลการตรวจคัดกรองการได้ยินผิดปกติต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย ภายในอายุ 3 เดือน ทารกที่ผิดปกติจะต้องได้รับการรักษา และฟื้นฟูอย่างเหมาะสมภายในอายุ 6 เดือน⁽⁶⁻⁸⁾ เช่น การผ่าตัด การใส่เครื่องช่วยฟังจะช่วยให้เด็ก จะมีพัฒนาการด้านการฟัง การพูดและภาษา ได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติ⁽⁹⁾

อุบัติการณ์ของการสูญเสียการได้ยินแบบถาวรในทารกแรกเกิดปกติ จากรายงานทั่วโลก⁽¹⁰⁾ พบได้ประมาณ 1-3 รายต่อทารกแรกเกิด 1,000 ราย และพบได้ร้อยละ 2-4 ของเด็กกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ JCIH2019⁽¹¹⁾ ประเทศไทย จากการศึกษาการคัดกรองทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการใช้เครื่องตรวจเสียงสะท้อนหูชั้นใน พบการสูญเสียการได้ยินเป็น 17 : 1000 ในทารกแรกเกิดปกติ และ 15 : 1000 ในทารกกลุ่มเสี่ยง⁽¹²⁾ ปี 2563 และ 2564 จังหวัดยโสธรมีทารกแรกเกิดจำนวน 2,437, 2,435 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินจำนวน 1,535, 1,712 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.14, 74.27 ตามลำดับ พบทารกมีผลตรวจผิดปกติ จำนวน 7 และ 42 ราย

ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองการได้ยินยังไม่บรรลุเป้าหมาย ทารกแรกเกิดทุกรายต้องได้รับตรวจคัดกรองการได้ยิน โรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลยโสธรมีจำนวน 8 แห่ง มีเครื่องตรวจการได้ยินของทารกเพียง 3 แห่ง ทำให้มารดาต้องพาทารกมาตรวจที่โรงพยาบาลยโสธร การตรวจคัดกรองยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน บุคลากรขาดเทคนิคการเตรียม การจัดทำเด็ก การเลือกขนาดของอุปกรณ์ การจัดเก็บข้อมูล การบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ครอบคลุม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดเครือข่ายโรงพยาบาลยโสธร

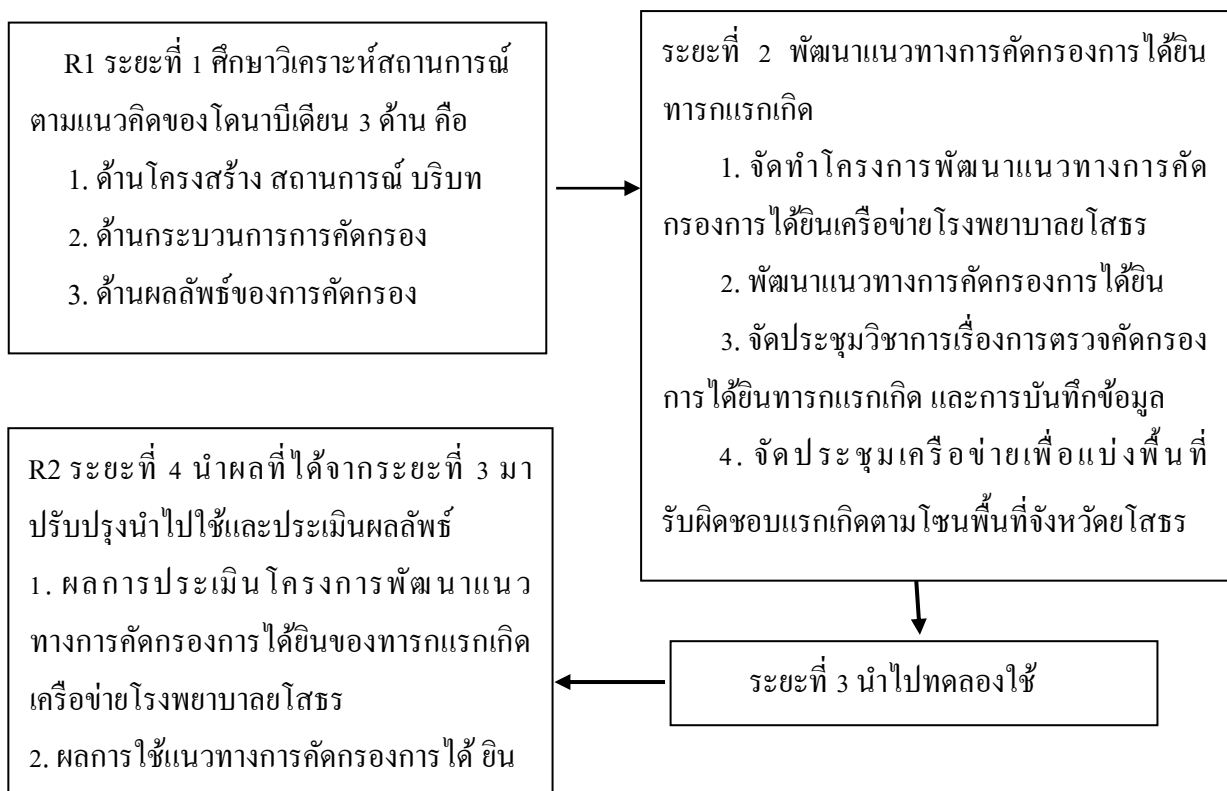
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด เครือข่ายโรงพยาบาลยโสธร
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด เครือข่ายโรงพยาบาล



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการตรวจการไคยีนของทารกแรกเกิด เครื่องหมายจันหวัดยโสธร โดยผู้วิจัยพัฒนาตามแนวทางการตรวจคัดกรองการไคยีนทารกแรกเกิด พ.ศ. 2563 ของโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ร่วมกับราชวิทยาลัยโศด สอ นาสิก แห่งประเทศไทย⁽⁵⁾ ผู้วิจัย นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงตามบริบท ผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาเป็น กรอบในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองการไคยีนในการวิจัย ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา และศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการคัดกรองการไคยีนของทารกแรกเกิด เครื่องหมาย โรงพยาบาลโสธร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องกับการคัดกรองการไคยีน โรงพยาบาลโสธร จำนวน 10 คน และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนละ 2 คน จำนวน 16 คน รวม



ทั้งสิ้น 26 คน เลือกแบบเจาะจง โดยบุคลากรต้องมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดทุกรายที่คลอดในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลยโสธร ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 469 คน โดยมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

- ทารกมีความผิดปกติของ Atresia หรือมีภาวะ Stenosis of external ear canal both ear
- ทารกแรกเกิดถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น
- ทารกแรกเกิดไม่มาตรวจคัดกรองตามนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

- 1.1 โครงการพัฒนาแนวทางการคัดกรองการได้ยิน เครือข่ายโรงพยาบาลยโสธร
- 1.2 แนวทางการคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 2.1 แบบบันทึกการเข้ารับการตรวจคัดกรองการได้ยิน
- 2.2 แบบบันทึกการติดตามการเข้ารับการแก้ไขความบกพร่องหลังตรวจคัดกรอง
- 2.3 แบบประเมินประโยชน์และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางการตรวจคัดกรองมี 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อคำถาม ตอนที่ 2 ประโยชน์ของการนำไปใช้ จำนวน 9 ข้อคำถาม และตอนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

- 2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา และผู้ดูแลทารกมี 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อคำถาม ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของมารดา ผู้ดูแลทารก จำนวน 8 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

- 2.5 แบบประเมินความรู้ และทักษะการคัดกรองการได้ยินของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบมี 5 ตัวเลือก โดยมีคำตอบที่ถูกต้อง 1 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แนวทางการการตรวจคัดกรองการได้ยินและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าความตรงของเนื้อหา ตอนที่ 2 ประโยชน์ในการนำไปใช้เท่ากับ 0.86 ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาล เท่ากับ 0.86 และค่าความตรงโดยรวม เท่ากับ 0.86 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาผู้ดูแลทารก เท่ากับ 0.86 ค่าความตรงของแบบประเมินความรู้ และทักษะการคัดกรองการได้ยินของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 0.90

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับตัวอย่างในการศึกษาวิจัย จำนวน 30 ตัวอย่าง ในคลินิกกุมารเวชกรรม



โรงพยาบาลโสธร โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงแบบประเมินประโยชน์ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางการตรวจคัดกรอง เท่ากับ .96 และแบบประเมินความพึงพอใจของมารดา ผู้ดูแลทารก เท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความรู้ และทักษะการคัดกรองการได้ยินของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ (Paired t test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้แนวคิดของโคนาปีเดียน 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ศึกษาข้อมูลสถิติการให้บริการกระบวนการตรวจคัดกรอง ตัวชี้วัดคุณภาพ ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง ค้นหาปัญหา และอุปสรรค

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยิน จัดทำร่างแนวทางการคัดกรองการได้ยินร่วมกับสหวิชาชีพเครือข่ายจังหวัดโสธร ประกอบด้วย กุมารแพทย์ โสตศอนาสิกแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ จัดทำเครื่องมือการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. จัดทำโครงการพัฒนาแนวทางการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด เครือข่ายโรงพยาบาลโสธร เพื่อให้ผู้บริหาร และผู้ให้บริการเห็นความสำคัญให้ความร่วมมือ และผลักดันเป็นงานเชิงนโยบาย

2. ร่างแนวทางการคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด เครือข่ายโรงพยาบาลโสธร

- แผนการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่องการได้ยิน

- การตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ Otoacoustic emissions (OAE) และ Automated auditory brainstem response (AABR)

- แนวทางการส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ/แพทย์เฉพาะทางด้านโสต ศอ นาสิก

- แนวทางการติดตามผู้ป่วย

3. จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการคัดกรองการได้ยิน การบันทึกเวชระเบียนและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดตามโซนพื้นที่จังหวัดโสธรที่มีเครื่องตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ และประเมินผลโดยการนำแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินมาใช้ที่คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลโสธร จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบ และประเมินเครื่องมือวิจัย และปรับปรุงร่วมกับกลุ่มพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยิน เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น



ระยะที่ 4 นำแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินปรับปรุงแล้วไปใช้กับเครือข่ายโรงพยาบาล
ยโสธร เก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลยโสธร เลขที่ YST 2022-11 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์ตามแนวคิดโดนาปีเดียน 1) ด้านโครงสร้าง หน่วยบริการ บุคลากร
ขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจการคัดกรองการได้ยิน
ขาดผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลที่เป็นศูนย์กลาง เครื่องตรวจการได้ยิน (OAE) ไม่ครบทุกโรงพยาบาล
ระยะทางจากโรงพยาบาลชุมชนมาโรงพยาบาลยโสธร เพื่อคัดกรองระยะที่ไกลที่สุด 69 กม. ไกลที่สุด
18 กม. 2) ด้านกระบวนการ ขาดทักษะการจัดเตรียมตัวทารก และการใช้เครื่องตรวจการได้ยิน
การเตรียมเอกสารต่างๆ และการลงข้อมูลการตรวจ การลงค่าบริการ ขาดระบบการตรวจคัดกรองใน
วันหยุดราชการหรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ (48 ชั่วโมงหลังคลอด) การไม่มาตรวจตามนัด และการติดตาม
ไม่มีระบบให้คำปรึกษาในเครือข่าย 3) ด้านผลลัพธ์ อัตราการคัดกรองต่ำกว่าเป้าหมาย

แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาได้จากการนำข้อมูลในระยะที่ 1 มาจัดโครงการพัฒนาศักยภาพ
ของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าตรวจการได้ยิน จัดโซนพื้นที่การคัดกรองเป็น 4 โซน ในโรงพยาบาล
เครือข่ายที่มีเครื่องตรวจ OAE จัดทีมปรึกษาปัญหาอุปสรรคจากพื้นที่ โดยที่ปรึกษาเป็นโสตศอนาสิก
แพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลประจำห้องตรวจการได้ยิน จัดระบบการตรวจนอกเวลาราชการ
โดยให้ตรวจที่หอผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาล จัดทำคู่มือการตรวจคัดกรอง และการบันทึก
เวชระเบียน แนวทางการส่งต่อทารกที่ตรวจพบความผิดปกติ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทารกแรกเกิด

ผลของการตรวจการคัดกรองการได้ยิน	จำนวน	ร้อยละ
ทารกแรกเกิดทั้งหมด	469	100
ทารกตลอดครบกำหนด	342	72.92
ทารกคลอดก่อนกำหนด	127	27.08
ทารกในกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน	4	0.86
ทารกในกลุ่มไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน	465	99.14
ทารกที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน	449	95.73
ทารกที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน	20	4.27



ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจการได้ยินทารกแรกเกิด

การตรวจการได้ยิน	จำนวน (ราย)	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)
1 st OAE	449	433 (96.44)	16 (3.56)
2 nd OAE	16	12 (75.0)	4 (25.0)
3 rd AABR	4	4 (100)	0

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจคัดกรองได้ยินด้วยเครื่อง OAE

ผลการตรวจคัดกรองได้ยินผิดปกติ	จำนวนทารกที่รับ การตรวจ	จำนวนทารกที่ ผิดปกติ	ร้อยละ
ทารกในกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน	4		
- ตรวจหูไม่ผ่านทั้ง 2 ข้าง		1	25
- ตรวจหูไม่ผ่าน 1 ข้าง		1	25
ทารกในกลุ่มไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน	445		
- ตรวจหูไม่ผ่านทั้ง 2 ข้าง		0	0
- ตรวจหูไม่ผ่าน 1 ข้าง		2	0.22

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนประเมินความรู้และทักษะการคัดกรองการได้ยินของพยาบาลวิชาชีพ (n = 30)

หัวข้อ	ก่อนให้การ อบรมความรู้ ทักษะ		หลังให้การอบรม ความรู้ทักษะ		Mean difference	95% confidence interval of the difference		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		Lower	upper	
1. เป้าหมายของการตรวจ คัดกรองการได้ยิน	0.13	0.34	0.80	0.07	0.66	0.84	0.48	0.000
2. โอกาสพบความ บกพร่องทางการได้ยิน	0.40	0.49	0.90	0.05	0.50	0.68	0.31	0.000
3. สาเหตุของการสูญเสีย การได้ยิน	0.26	0.44	0.73	0.08	0.46	0.65	0.27	0.000
4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการ สูญเสียการได้ยิน	0.50	0.50	0.93	0.04	0.43	0.62	0.24	0.000
5. ทารกแรกเกิดที่ต้อง ตรวจคัดกรองการได้ยิน	0.40	0.49	0.96	0.03	0.56	0.75	0.37	0.000
6. อายุของทารกที่ตรวจคัด	0.50	0.50	0.80	0.07	0.30	0.47	0.12	0.001



หัวข้อ	ก่อนให้การ		หลังให้การอบรม		Mean difference	95% confidence		p-value
	อบรมความรู้		ความรู้ทักษะ			interval of the		
	ทักษะ					difference		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		Lower	upper	
กรอกรการไ้ยีน								
7. ความสำคัญของการคัด	0.40	0.49	0.86	0.06	0.46	0.65	0.27	0.000
กรอกรการไ้ยีน								
8. สาเหตุของความ	0.50	0.50	0.80	0.07	0.30	0.47	0.12	0.001
คลาดเคลื่อนของผลตรวจ								
9. OAE เป็นการตรวจพบ	0.46	0.50	0.93	0.04	0.46	0.65	0.27	0.000
เสียงในหูชั้นใด								
10. การตรวจ OAE ข้อใด	0.23	0.43	0.50	0.09	0.26	0.43	0.09	0.003
ไม่ถูกต้อง								
11. ผลการตรวจ	0.20	0.40	0.40	0.09	0.20	0.35	0.04	0.012
“Refer”ควรทำอย่างไร								
12. ข้อใดไม่ใช่ข้อบ่งชี้ในการ	0.40	0.49	0.86	0.06	0.46	0.65	0.27	0.000
ตรวจ ABR								
13. ข้อจำกัดของการตรวจ	0.50	0.50	1.00	0.00	0.50	0.68	0.31	0.000
OAE								
14. การตรวจ ABR ข้อใด	0.30	0.46	0.86	0.06	0.56	0.75	0.37	0.000
ไม่ถูกต้อง								
15. บ่งชี้ในการตรวจ ABR	0.23	0.43	0.90	0.05	0.66	0.84	0.48	0.000
รวม	5.78	2.86	12.38	1.86	.64	7.90	5.29	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการประเมินคะแนนความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด พบว่า ภายหลังจากได้รับการอบรมแล้ว ค่าคะแนนโดยรวม ก่อนรับการอบรมมีค่าเฉลี่ย 5.78 (S.D. = 2.86) และหลังคะแนนรับการอบรมค่าเฉลี่ย 12.38 (S.D. = 1.86) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 แสดงระดับคะแนนประเมินประโยชน์ (n=30)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ประโยชน์ของแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยิน			
1) ประโยชน์ของแนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้ทารกเข้าถึงการคัดกรอง	4.46	0.62	มาก
2) ประโยชน์ของแนวทางการตรวจคัดกรองต่อการความปลอดภัยขณะตรวจ	4.26	0.63	มาก



ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
3) ประโยชน์การนำแนวทางการตรวจคัดกรองไปจัดบริการพยาบาล	4.10	0.84	มาก
4) ประโยชน์การนำแนวทางการตรวจคัดกรองไปวางแผนการดูแลทารก	4.6	0.47	มากที่สุด
5) ประโยชน์แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยการส่งเสริมพัฒนาการเหมาะสม	4.40	0.62	มาก
6) แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้ท่านบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน	4.20	0.84	มาก
7) แนวทางการตรวจคัดกรองการทำให้ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการได้	4.63	0.61	มากที่สุด
8) ข้อมูลในระบบสารสนเทศมีความสอดคล้องกับความต้องการของท่าน	4.46	0.50	มาก
9) ท่านสามารถใช้ประโยชน์จากแนวทางการตรวจคัดกรองเครือข่ายโรงพยาบาล ยโสธร	4.60	0.49	มากที่สุด

ผลการประเมินประโยชน์ของการนำแนวทางการคัดกรองไปใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ ข้อคำถามที่มีคะแนนมากที่สุด คือ การนำของแนวทางการตรวจคัดกรองต่อการนำผลการตรวจไปวางแผนการดูแลทารกแรกเกิด มีค่าเฉลี่ย 4.67 อยู่ในระดับมากที่สุด และคะแนนประโยชน์ที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านประโยชน์แนวทางการตรวจคัดกรองการได้ขึ้นของทารกแรกเกิดในการจัดบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของทารกมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.10 อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 6 แสดงระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางการตรวจคัดกรอง (n = 30)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางการตรวจคัดกรอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1) แนวทางการตรวจคัดกรองการชัดเจน เข้าใจง่าย	4.66	0.47	มากที่สุด
2) แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้ทารกทุกรายได้รับการคัดกรอง	4.60	0.49	มากที่สุด
3) แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้ท่านคัดกรองทารกได้อย่างถูกต้อง	4.70	0.46	มากที่สุด
4) แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้เตรียมทารกก่อนตรวจได้อย่างถูกต้อง	4.46	0.50	มาก
5) แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้ท่านสามารถให้ความรู้ คำแนะนำมารดา/ ผู้ดูแลได้อย่างถูกต้องครอบคลุม	4.50	0.50	มาก
6) แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้สามารถใช้เครื่องมือตรวจได้ถูกต้อง	4.50	0.50	มาก
7) แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้ท่านแปลผลการตรวจได้ถูกต้อง	4.70	0.46	มากที่สุด
8) แนวทางการตรวจคัดกรองช่วยวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	4.53	0.50	มากที่สุด
9) ท่านพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการตรวจคัดกรองแรกเกิดในภาพรวม	4.40	0.49	มาก

ผลการประเมินมีความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวทางการคัดกรองไปใช้มากที่สุด ในเรื่องแนวทางการตรวจคัดกรองช่วยให้คัดกรองทารกได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และแปลผลการตรวจได้ถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.70 อยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจที่ได้คะแนน



น้อยที่สุด คือ ต่อการใช้แนวทางการตรวจคัดกรองในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 4.40 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 7 แสดงระดับคะแนนความพึงพอใจของมารดา ผู้ดูแลทารก (n=449)

ข้อความถาม	M	S.D.	ระดับ
1) บุคลากรของท่านได้รับการตรวจการคัดกรองภายในเวลาที่กำหนด (หลังคลอดมากกว่า 48 ชั่วโมง)	4.43	0.52	มาก
2) ท่านได้รับคำแนะนำ เรื่องการเตรียมตัวตรวจอย่างเข้าใจ	4.33	0.53	มาก
3) บุคลากรของท่านได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐาน	4.15	0.90	มาก
4) ท่านได้รับทราบ และเข้าใจผลการตรวจคัดกรองการได้ยิน	4.64	0.48	มากที่สุด
5) ท่านได้รับคำแนะนำดูแลทารก และการส่งเสริมพัฒนาการ	4.44	0.54	มาก
6) ข้อมูลคำแนะนำมีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.40	0.86	มาก
7) ข้อมูลคำแนะนำมีความครบถ้วนตามที่ต้องการ	4.65	0.67	มากที่สุด
8) ข้อมูลที่ได้จากการค้นหามีความถูกต้องตามความเป็นจริง	4.68	0.46	มากที่สุด

ผลการประเมินความพึงพอใจของมารดา ต่อแนวทางการคัดกรองมากที่สุด ในเรื่องข้อมูลที่ได้รับมีความถูกต้อง และคำแนะนำที่ได้รับครบถ้วนตามความต้องการ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.68 และ 4.65 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการจัดสร้างแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินเครือข่ายจังหวัดยโสธร พบว่า การจัดโซนพื้นที่จังหวัดยโสธร เป็น 4 โซน ทำให้ทารกได้รับการตรวจคัดกรองมากขึ้น ลดการส่งตรวจมาที่โรงพยาบาลยโสธร ลดการเดินทางของทารก ลดค่าใช้จ่ายลง ช่วยให้ทารกเข้าถึงการตรวจคัดกรอง ค้นหาความบกพร่องของการได้ยิน การจัดการที่ต้องขอรับการสนับสนุนจากผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์ และการจัดทำแผนงบประมาณเพื่อการสั่งซื้ออุปกรณ์การตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนในอนาคต ส่งผลให้ทารกแรกเกิดร้อยละ 95.73 ได้รับคัดกรอง และพบทารกที่มีความผิดปกติ ร้อยละ 0.852 สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งกานต์ เพชรล้วน (2563)⁽¹³⁾ พบอุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลตะกั่วป่า ร้อยละ 0.52

จากการศึกษา พบว่า การพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดเครือข่ายโรงพยาบาลยโสธร ส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรองภาวะด้านสุขภาพ (Assess) มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ วรรณสกล และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการตรวจ



การคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ที่พบว่า การกำหนดแนวทางการคัดกรองการได้ยินช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ทารกได้รับการตรวจคัดกรองมากขึ้น สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามโครงการ ตรวจหู ...ให้รู้ว่าคุณได้ยิน ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ประกาศให้มีการคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยง ปี 2564⁽¹⁵⁾ พยาบาลวิชาชีพ และมารดา ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. แนวทางการคัดกรองทารกแรกเกิดช่วยสนับสนุนการบริการประชาชนได้อย่างทั่วถึง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลจังหวัด จากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาลในเครือข่าย ช่วยให้ทารกเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น และสนับสนุนงานในเชิงนโยบายขององค์กรสาธารณสุขทุกระดับ
2. พยาบาลวิชาชีพเครือข่ายโรงพยาบาลโยธินเกิดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การคัดกรองการได้ยิน และร่วมมือในจัดสร้างแนวทางการคัดกรองที่สามารถใช้ได้จริง และเกิดความยั่งยืน และสามารถไปประยุกต์ใช้กับการจัดบริการทางสาธารณสุขอื่นๆ ได้
3. การให้คำแนะนำเรื่องการคัดกรองการได้ยินควรเริ่มขณะมารดาตั้งครรภ์ สร้างความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองจะช่วยให้ทารกเข้าถึงการคัดกรองมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุนันทา พลปัดพี, นิตยา เกษมโกสินทร์. ความบกพร่องทางการได้ยินในเด็ก. ใน: กิ่งแก้ว ปาจารย์, บรรณาธิการ. การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ. กรุงเทพฯ: กรีนพีท; 2542: 217-227.
2. Robert JE, Wallace IF, Brackett D. Development of speech and language. In: Lalwani AK, Grudfast KM, editors. Pediatric otology and neurology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998: 39-47.
3. ศรียา นิยมธรรม. ความบกพร่องทางการได้ยินผลกระทบอาการทางจิตวิทยาการศึกษาและสังคม. กรุงเทพฯ: ไร่ไทยเพรส; 2538.
4. กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง โสต ศอ นาสิก และหูผู้ป่วยหูตึง. คู่มือการรับบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลราชวิถี. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.



5. ขวัญชนก ยิ้มแต่, มานัส โพธารักษ์, สุวิชา แก้วศิริ. คำแนะนำการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
6. Lin HC, Shu MT, Lee KS, Lin G. Reducing false positive in newborn hearing screening Program: how and why. Otol Neurotol 2007; 28(6): 788-792.
7. เชิญขวัญ จิตรุ่งเรือง, ภาณินี จารุศรีพันธุ์, เสาวรส ภทรภักดี. การคัดกรองการได้ยินในเด็ก. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2561; 62(1): 53-65.
8. American Academy of Pediatrics: Joint Committee on Infant Hearing, Year 2007 position Statement: principles and guideline for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics 2007; 120: 898-921.
9. Karchner Ma. Allen TE. The function assesement of deaf and hard of hearing students. Am Ann Deaf 1999; 144(2): 68- 77.
10. World Health Organization. Newborn and infant hearing screening: Current issues and guiding principles for action. Switzerland; 2009.
11. The joint Committee on infant Hearing YAER 2019 position statement: principles and guideline for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics 2019; 4(2): 1-44.
12. จันทรัชย์ เจริญประเสริฐ, กฤษณา เลิศสุขประเสริฐ, ลลิตา เกษมสุวรรณ, ประชา นันทนมิตร. การตรวจคัดกรอง การได้ยินในทารกแรกเกิดด้วยเครื่องวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน (Otoacoustic emissions) ผู้ป่วยใหม่ใน 1ปีของโรงพยาบาลรามธิบดี. ว. หู คอ จมูก และ ไบโหน้า 2546; 4 :27-41.
13. รุ่งกานต์ เพชรล้วน. อุบัติการณ์การของการสูญเสียการได้ยินในทารกตรวจคัดกรองด้วยเครื่องตรวจวัดเสียง สะท้อนจากหูชั้นในโรงพยาบาลตะกั่วป่า.Krabi medical journal.2563; 3(1): 1-8.
14. อรอนงค์ วรรณสกล, จุไรรัตน์ เนื่องนำ, ชาริระห์ แวสามะ, กรพัฒน์ วรรณสกล. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการได้ยินในทารกกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม; 2565.
15. คณะกรรมการโครงการของขวัญวันเด็ก. คู่มือดำเนินงานโครงการของขวัญวันเด็กตรวจหูให้หนูได้ยิน; 2564.



**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี**

**FACTORS RELATED TO PREVENTION AND CONTROL BEHAVIOR ON DENGUE
FEVER OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN THE AREA OF RESPONSIBILITY
SAMED SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, MUANG, CHON BURI**

Received: August 18, 2023

Revised: November 26, 2023

Accepted: December 04, 2023

ปรีชา สุวรรณทอง^{1*}, วณิชชา อินทรสาร¹, วาริศา บุญเกิด¹

Preecha Suvarnathong^{1*}, Wanicha Intarasorn¹, Warisa Boonkord¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 100 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84 โดยปัจจัยการรับรู้ของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค ปัจจัยด้านทรัพยากร ได้แก่ ความเพียงพอของงบประมาณ ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค ทักษะการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การใช้นวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมรณรงค์ป้องกันโรคและการยกย่องชื่นชม

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

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

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



หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางการวางแผน เพื่อพัฒนาพฤติกรรม
การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This Cross-sectional survey research constitutes the present study. The purpose of this cross-sectional survey research was to examine the influences on the dengue preventive and control practices of community health volunteers at Samed sub-district health promoting hospital in Muang district, Chonburi province, the relevant area in the Samed sub-district health promoting hospital's catchment area in Muang district, Chonburi province, there are 100 village health volunteers. The researcher uses a random sampling procedure by Systematic sampling. Questionnaires were used to gather data. Descriptive statistics, the Pearson product moment correlation coefficient, and the Chi-square test were used to examine the data.

The findings revealed that 84% of the individuals engaged in behaviors that contributed to the prevention and control of dengue they were aware of the danger of dengue fever, perceived advantages in disease prevention and control, and perceived obstacles to disease prevention and control, all statistically significant at the 0.05 level. Budget sufficiency, equipment sufficiency, resource utilization skills, and creative dengue prevention and control are among the resource-related factors.

Participating in dengue preventive and control efforts, receiving information and guidance from health professionals, and being recognized were all social support variables.

Keyword: Disease prevention and control behaviors, village public health volunteers, dengue fever



บทนำ

โรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสเด็งกีที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งโรคไข้เลือดออกระบาดครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2497 ในประเทศฟิลิปปินส์⁽¹⁾ โดยกลายเป็นโรคประจำถิ่น และก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพมากกว่าร้อยละ 40 ปัจจุบันสถานการณ์มีการระบาดของโรคที่รวดเร็วตลอดทั้งปี จากรายงานของกรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 24 สิงหาคม 2563 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 47,738 ราย เสียชีวิต 32 ราย (ผู้ป่วยเฉพาะช่วงหน้าฝน เดือน มิ.ย. - 24 ส.ค. 63 รวมจำนวน 29,814 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 62 ของผู้ป่วยทั้งหมด)⁽²⁾ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2565 พบผู้ป่วย จำนวน 1,952 ราย เสียชีวิต 2 ราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ 5-14 ปี รองลงมา คือ 15-24 ปี และเด็กแรกเกิด 0-4 ปี ตามลำดับ แม้สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในช่วงต้นปี 2565 ในช่วงเดือนเมษายนที่ผ่านมา พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสูงกว่าช่วงเดือนเดียวกันของปีที่แล้ว⁽³⁾ จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุดในภาคตะวันออก และถือว่าเป็นแหล่งชุมชน และมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น มีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง โดยสถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2565 จังหวัดชลบุรี ผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสม 260 ราย อัตราป่วย 17.36 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 3 ราย อัตราป่วยตาย 1.15 กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วย สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มอายุ 10-14 ปี รองลงมา กลุ่มอายุ 15-24 ปี และกลุ่มอายุ 25-34 ปี⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2564 มีประชากร 36,303 คน มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกทุกๆ ปี จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี มีอัตราการป่วยมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 5-14 ปี

การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการกระจายเสียงให้ความรู้ตามหมู่บ้าน การจัดโครงการรณรงค์อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การพ่นยุงตามบ้านเรือน การแจกทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ บางพื้นที่ได้รับการแก้ไข ปัญหา แต่ไม่มีการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การเพิ่มของภาชนะที่มีน้ำขัง และการขาดพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก อาจเป็นส่วนหนึ่งจากการขาดความรู้ทางสุขภาพ⁽⁵⁾ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยวิธีทางกายภาพ ได้แก่ การปิดภาชนะกักเก็บน้ำด้วยฝาปิด เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่ได้ สำหรับภาชนะเก็บน้ำที่ยังไม่ต้องใช้น้ำอาจจะใช้ผ้ามุง ผ้ายาง หรือพลาสติกปิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ได้แก่ การแจ้งข่าวสาร เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน การแนะนำให้ความรู้ซึ่งรวมถึงการรณรงค์ให้ประชาชนมีการป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น การระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่สำคัญของประเทศไทย มีการแพร่ระบาดในหลายพื้นที่ของประเทศไทย และพบสถิติผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างต่อเนื่องดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น



กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้มีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง ในการดำเนินงานเริ่มแรกของภาครัฐ ส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การดำเนินงานที่สำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นสื่อกลาง และเป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่ดี เพื่อเป็นแบบอย่างให้แก่ชุมชน โดยในการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) โดยมีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะทำได้ดีที่สุด เมื่อบุคคลเห็นว่า อันตรายต่อสุขภาพอย่างรุนแรง บุคคลมีความรู้ดีกว่าตนเองอ่อนแอ หรือเสี่ยงต่ออันตราย บุคคลเชื่อว่า การตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น และบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่า สามารถปรับตัวเพื่อการตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในขั้นตอนการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีการปรับใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือทางด้านจิตใจจากผู้ที่ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ให้กับผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดีแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยได้ประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมในการได้รับข้อมูล ข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก และการยกย่องชื่นชมแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะช่วยเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการรับรู้ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี



3. เพื่อศึกษาปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายชื่อขึ้นทะเบียนกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย 8 หมู่บ้าน จำนวน 279 คน โดยคำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 87 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน โดยผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำบัญชีรายชื่อตามตัวอักษร และใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling) โดยการกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เรียงลำดับรายชื่อแต่ละตำบล

2. คำนวณช่วงการสุ่ม จากสูตร $I = N/n$ (I คือ ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่ม, N คือ จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (279 คน), n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (100 คน) จะได้ช่วงระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 2.8 หรือ 3 คน จากนั้นทำการสุ่มจากเลขตัวเริ่มต้น โดยการสุ่มอย่างง่าย (จับสลาก) เพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของการสุ่ม จากนั้นบวกด้วยระยะห่างในการสุ่มจากตำแหน่งเริ่มต้น คือ 3 คน ทำเช่นนี้จนครบทุกรายชื่อ และมีขนาดตัวอย่างครบ จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในงานวิจัยการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพหลัก ระดับการศึกษา การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในละแวกที่รับผิดชอบ จำนวน 12 ข้อ



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อสอบแบบปรนัยชนิดที่ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของตนเองต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านทรัพยากร จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ความเพียงพอของงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ ทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การใช้นวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การยกย่องชื่นชม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยใช้ค่าความสอดคล้องแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.936

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลของปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยด้านทรัพยากร ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และการทดสอบไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองหมายเลข 2023/S03 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566 โดยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม



โครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างทางผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และทำลายข้อมูลทิ้งเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล และเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93 ในช่วง 51-60 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในช่วงประถมศึกษา ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31 ไม่ได้มีการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน ร้อยละ 72 ภายในระยะเวลา 5 ปี สะแวกรับผิดชอบมีบุคคลป่วยเป็นไข้เลือดออก ร้อยละ 56 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมาก อยู่ในระยเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 39 และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบส่วนมากรับผิดชอบ 11-20 หลังคาเรือน ร้อยละ 43

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน ภายในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมานั้นในสะแวกที่ท่านรับผิดชอบมีบุคคลเป็นโรคไข้เลือดออกหรือไม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค			X ² (df)	p-value
	ไข้เลือดออก				
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	6(7.1)	1(6.7)	0(0.0)	0.080	0.961
หญิง	78(92.9)	14(93.3)	1(100)	(2)	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	33(393.)	6(40.0)	1(100)	7.254	0.701
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	18(21.4)	1(6.7)	0(0.0)	(10)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	19(22.6)	7(46.7)	0(0.0)		
ปริญญาตรี	5(6.0)	0(0.0)	0(0.0)		
สูงกว่าปริญญาตรี	6(7.1)	1(6.7)	0(0.0)		
อื่นๆ	3(3.6)	0(0.0)	0(0.0)		



ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรค			X ² (df)	p-value
	ไข้เลือดออก				
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8(9.5)	0(0.0)	0(0.0)	7.012	0.724
เกษตรกร	1(1.2)	0(0.0)	0(0.0)	(10)	
ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย	23(27.4)	4(26.7)	1(100)		
การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน					
มีการดำรงตำแหน่ง	24(28.6)	3(20)	0(0.0)	0.848	0.654
ไม่มีการดำรงตำแหน่ง	60(71.4)	12(80)	1(100)	(2)	
ใน 5 ปี ที่ผ่านมามีคนในละแวกที่ท่าน รับผิดชอบมีบุคคลเป็นโรค					
ไข้เลือดออกหรือไม่					
มี	47(53.0)	8(53.3)	1(100)	0.829	0.661
ไม่มี	37(44.0)	7(46.7)	0(0.0)	(2)	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรค		
	ไข้เลือดออก		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์ ⁽⁶⁾
อายุ	-0.074	0.467	มีความสัมพันธ์น้อยมาก
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	-0.066	0.512	มีความสัมพันธ์น้อยมาก
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	-0.201*	0.045	มีความสัมพันธ์น้อย

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ระดับความรู้	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			รวมจำนวน (ร้อยละ)
	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	
ความรู้ระดับต่ำ	2(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.0)
ความรู้ระดับปานกลาง	46(54.8)	9(60)	1(100.0)	56(56.0)
ความรู้ระดับสูง	36(42.9)	6(40.0)	0(0.0)	42(42.0)

$X^2 = 1.241$ (df)=4 p-value = 0.871 Cramer's V = 0.079

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากร ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ของบุคคล พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงผลวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยด้านทรัพยากร และปัจจัย แรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	<i>r</i>	p-value	ระดับความสัมพันธ์ ⁽⁶⁾
ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	0.316**	< 0.001	มีความสัมพันธ์น้อย
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค			
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค	0.342**	< 0.001	มีความสัมพันธ์น้อย
ปัจจัยด้านทรัพยากร			
ความเพียงพอของงบประมาณ	0.285**	0.004	มีความสัมพันธ์น้อย
ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์	0.298**	0.003	มีความสัมพันธ์น้อย
ทักษะการใช้ทรัพยากรในการ ป้องกันและ	0.365**	< 0.001	มีความสัมพันธ์น้อย
ควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.338**	< 0.001	มีความสัมพันธ์น้อย
นวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.426	< 0.001	มีความสัมพันธ์น้อย
ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม			
การได้รับข้อมูลข่าวสาร สื่อ ประชาสัมพันธ์และการ	0.568**	< 0.001	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
ได้รับคำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
การเข้าร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.778**	< 0.001	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
การยกย่อง ชื่นชม	0.568**	< 0.001	มีความสัมพันธ์ปานกลาง

**มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93 ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 53 ระดับการศึกษา
อยู่ในช่วงประถมศึกษา ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31 ไม่ได้มีการดำรง
ตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน ร้อยละ 72 ภายในระยะเวลา 5 ปี ละแวกรับผิดชอบมีบุคคลป่วยเป็น
ไข้เลือดออก ร้อยละ 56 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนมากอยู่ในระยเวลาน้อยกว่า
หรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 39 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบส่วนมากรับผิดชอบ 11-20 หลังคาเรือน
ร้อยละ 43 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 56 มีความรู้ในระดับปานกลาง
โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.23 คะแนน และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84
โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.58 คะแนน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการรับรู้และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ
พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้



สถิติไคสแควร์ พบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจากการศึกษาปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการเริ่มปฏิบัติงานในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุมากกว่าจะมีการเรียนรู้ และประสบการณ์ที่มากกว่า เนื่องจากได้รับการอบรมการทำงาน การลงพื้นที่นานกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อติเทพจินดา (2560)⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา จากผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานการดำรงตำแหน่งในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่แตกต่างกัน การปฏิบัติงานการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับปัจจัยการรับรู้ของบุคคลสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับปัจจัยการรับรู้ของบุคคลต่ำ ดังนั้น ปัจจัยการรับรู้ของบุคคลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับคนในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ รสรินทร์ แก้วตา และ ณรงค์ ใจเที่ยง (2563)⁽⁸⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องมาตรการการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทรัพยากร พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายว่า ปัจจัยด้านทรัพยากร



ประกอบด้วย ทรัพยากรในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น เคมีภัณฑ์วัสดุ ทรัพยากรบุคคลที่มีอย่างเพียงพอ นวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค และการมีทักษะในการใช้ทรัพยากร มีความจำเป็นต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก และเป็นปัจจัยเสริมที่สามารถมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ภคอร โจทย์กิ่ง (2560)⁽⁹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครขอนแก่น พบว่า ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ความพอเพียงของทรัพยากร และการมีทักษะในการใช้ทรัพยากร มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการยกย่องชื่นชม เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดี รวมทั้งการรณรงค์การป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรควิธีการป้องกัน และความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ลีวลี รัตนปัญญา (2561)⁽¹⁰⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ จากผลการศึกษา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐสามารถทำนายพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการอบรมการทำงานจะทำให้มีประสบการณ์ทำงาน และเข้าใจในการทำงานมากขึ้น

2. ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีจะต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค



ไข้เลือดออก และการยกย่องชื่นชม เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดี

3. ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการรับรู้เรื่องไข้เลือดออก เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับปัจจัยการรับรู้ของบุคคลสูง จะมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับปัจจัยการรับรู้ของบุคคลต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ให้ความช่วยเหลือติดต่อประสานงานระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับคณะผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้วิจัยสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Who library cataloguing-in-publication data global strategy for dengue prevention and control 2012-2020. Retrieved; 2019.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออกปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/>
3. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2565). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cbo.moph.go.th/cbo/>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดชลบุรี ปี2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.cbo.moph.go.th/cbo/>
6. สุกมาศ อังสุโชติ. เทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.stou.ac.th/offices/ore/info/cae/uploads/pdf/636366560441132172.pdf>



7. อติเทพ จินดา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560; 31(3): 555-568.
8. รสรินทร์ แก้วตา, ณรงค์ ใจเที่ยง. มาตรการการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่กา อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา; 2563.
9. ภคอร โจทย์กิ่ง. การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 24(2): 29-37.
10. สิวลี รัตนปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุม โรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารราชพฤกษ์ 2561; 16(2): 87-96.



การพัฒนากระบวนการจัดการการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเลย

THE SYSTEM DEVELOPMENT OF AN EMERGENCY MEDICAL SERVICE MANAGEMENT IN LOCAL GOVERNMENT ORGANIZATION NETWORK, LOEI PROVINCE

สิริพงษ์ วัฒนศรีทานัง^{1*}, ระพีพรรณ นันทะนา²,

ชินกร สุจิมงคล¹, ชาตรีรัตน์ ราชพัฒน์¹

Siripong Wattanasritanang^{1*}, Rapeepan Nantana²,

Chinakorn Sujimongkol¹, Chaotawat Ratchapat¹

Received: October 12, 2023

Revised: November 29, 2023

Accepted: December 04, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเลย ศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งหมด 100 แห่ง ศึกษาระหว่างมิถุนายน-กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา, การวิเคราะห์เนื้อหาและการสรุปความแบบอุปนัย

ผลการวิจัย พบว่า ระบบระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเลย ด้านทรัพยากรบุคคล ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.24 (29.20/45) ด้านงบประมาณ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.38 (14.29/30) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.69 (13.45/25) และด้านการบริหารจัดการ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.84 (19.90/35) อุปสรรคสำคัญในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คืองบประมาณของท้องถิ่นมีจำกัด ทักษะคนผู้ให้บริการท้องถิ่นต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สมาชิกสภาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญโดยเฉพาะกรณีเป็นท้องถิ่นขนาดเล็กมีจำนวนการออกเหตุที่ต่ำ ไม่มีความคุ้มค่าในการจัดบริการ

แนวทางการพัฒนาระบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการกำหนดเป็นนโยบายผู้ว่าราชการจังหวัด ขับเคลื่อนผ่านท้องถิ่นจังหวัดเลย โดยการจัดทำแผนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และการจัดทำแผนที่การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเลย แนวทางนี้สามารถเพิ่มความครอบคลุมจากร้อยละ 38 เป็นร้อยละ 56 ของท้องถิ่นทั้งหมด

คำสำคัญ: การแพทย์ฉุกเฉิน, การพัฒนาระบบ, เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Loei Provincial Public Health Office

² โรงพยาบาลเลย

Loei Hospital

*Corresponding author E-mail: srp.wat@gmail.com



Abstract

These research and development aimed to developed an emergency medical management system in local government organizations network Loei Province. Study in all of local government organizations for 100 places. Data were collected between March and September 2023. Data were analyzed by descriptive statistics, content analysis and inductive reasoning.

The results showed that human resources mean score 3.24 (29.20 /45), budget, mean score 2.38 (14.29/30), equipment, mean score 2.69 (13.45/25) and management mean score 2.84 (19.90/35). The major obstacles to providing emergency medical services was the budget of local government organization. The attitudes of local administrators towards the provision of emergency medical services. The council members of local government organizations feel emergency medical services was not importance especially in the case of a small local government organization. There was a low number of incidents. There was no value in providing services.

The guidelines for promotion of Emergency Medical Services in local government organization networks were specified as the policy of the provincial governor, drive through the local provinces of Loei by created a plan for organizing emergency medical services, prepare personnel development plans and made a map of the provision of emergency medical services in Loei Province. This approach can increase coverage from 38 percent to 56 percent of the total local government organization.

Keywords: Emergency Medical Service, System Development, Local Government Organizations Network



บทนำ

บริบททั่วโลก พบว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มีจำนวนเกือบสองเท่าของผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยมาลาเรีย และผู้ป่วยวัณโรครวมกัน โดยที่ผู้ประสบอุบัติเหตุเหล่านี้ ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมในสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบจำนวนอุบัติเหตุทั้งหมด ในทางตรงกันข้าม แม้สถานการณ์เป็นเช่นนี้ งบประมาณด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังได้รับน้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด⁽¹⁾ ซึ่งหากรวมภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์อื่นๆ เช่น โรคติดเชื้อ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหอบหืด และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ จะมีความต้องการได้รับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนมาก และการตอบสนองต่อประเด็นดังกล่าวในหลายพื้นที่ทั่วโลก เป็นไปในระดับต่ำ^(1,2) การแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) เป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน และ “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น⁽³⁾ ทั้งนี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชาติ คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 15 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ดังนี้ (1) จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ. (2) จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐาน และหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด (3) จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมถึงการบริหารจัดการ และการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน (4) ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน (5) จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน (6) ประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน (7) เป็นศูนย์กลางประสานกับหน่วยงานภาครัฐ/เอกชนทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน (8) เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการดำเนินกิจการของสถาบัน และ (9) รับผิดชอบงานธุรการของ กพฉ. หรือปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือที่ กพฉ. มอบหมาย⁽⁴⁾

การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากโรงพยาบาลภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชน สมาคมและมูลนิธิต่างๆ แล้วยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ถูกกำหนดให้มีภารกิจตามกฎหมาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน ซึ่งเป็นชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วย พากะกู้ชีพระดับพื้นฐานที่ขึ้นทะเบียนพากะกู้ชีพกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแล้ว พร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับพื้นฐาน และผู้ปฏิบัติการเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์



ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 76 แห่ง เทศบาล 2,472 แห่ง เทศบาลนคร 30 แห่ง เทศบาลเมือง 195 แห่ง เทศบาลตำบล 2,247 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 5,300 แห่ง กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 7,850 แห่ง⁽⁵⁾

สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเลย ปีพ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนที่ได้รับแจ้งเหตุ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 18,227 ครั้ง 18,593 ครั้ง และ 19,570 ครั้ง ตามลำดับ และจำนวนปฏิบัติการกู้ชีพที่นำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล จำนวน 18,195 คน 18,361 คน และ 19,369 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยมีผู้เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุมากขึ้นเช่นกัน ในปี พ.ศ.2563 จำนวน 90 ราย ในพ.ศ.2564 จำนวน 76 ราย และในปี พ.ศ.2565 มีมากถึง 137 ราย ส่วนกลุ่มที่เสียชีวิตที่มีการรักษาแล้ว และเสียชีวิตในจุดเกิดเหตุในปี 2565 มีจำนวน 303 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว⁽⁶⁾ การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับเครือข่าย ที่ผ่านมาพบ ปัญหา ระบบการช่วยเหลือล่าช้า ไม่ทั่วถึง การช่วยเหลือไม่ได้คุณภาพ มาตรฐาน ขาดระบบการประสานงานช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติใหญ่ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล/ชนบท จำนวนหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบริการไม่ครอบคลุมทุกแห่ง ทำให้ประชาชนได้รับบริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่ล่าช้า โดยในปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 100 แห่ง ให้บริการระบบ การแพทย์ฉุกเฉินเพียง 38 แห่ง ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมในปี 2568 ต้องครอบคลุมร้อยละ 80 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ ในการคืนข้อมูลให้ผู้บริหาร ในการตัดสินใจบริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ เนื่องจากภารกิจ การแพทย์ฉุกเฉิน ตามข้อกำหนดมอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการระบบการแพทย์ ฉุกเฉินเมื่อมีความพร้อม ทั้งนี้ งบประมาณที่จะบริหารจัดการเรื่อง บุคลากร รถบริการ เครื่องมือ สื่อสาร หน่วยปฏิบัติการใช้งบประมาณมาก และยังมีประเด็นอื่นๆ เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพในการ ใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ การพัฒนาระบบสื่อสาร เพื่อเชื่อมต่อ และประสานงานระหว่างหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานฉุกเฉิน การเพิ่มจำนวน และประสิทธิภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่มี ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อตรวจสอบคุณภาพบริการ และดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การศึกษา และพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีความสำคัญ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน ทำให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นของ ประชาชนในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และส่งเสริมให้มีสังคมที่มีสุขภาพแข็งแรงและมั่นคง ทางด้านสุขภาพด้วย ประเด็น คือ คำถามที่ว่าระบบบริหารจัดการ การแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเลย เป็นอย่างไร และต้องพัฒนาอย่างไร



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ครอบคลุมเนื้อหา การพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเลย การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดเลย โดยใช้กรอบแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Theory of Participative Management) ของ Peter Michael Senge ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล บุคลากรและองค์กรที่เป็นภาคีเครือข่ายรวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ริเริ่ม พัฒนาแนวทางการทำงานที่เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการทำงาน โดยที่ความพึงพอใจของบุคลากรก็เพิ่มตาม ควรส่งเสริมให้บุคลากรในระดับต่างๆ เสนอแนะเกี่ยวกับแผนงาน นโยบาย และกลยุทธ์การดำเนินงาน⁽⁷⁾ ร่วมกับกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการบริหารจัดการของ Peter f Drucker โดยกรอบแนวคิดทางการบริหารจัดการผ่านทรัพยากรทางการบริหาร 4M



กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหา

(Literature Review/ Survey and research: R1)

ปัจจัยนำเข้า/การประเมินสภาพปัจจุบัน/
การทบทวนวรรณกรรม

- ด้านผู้บริหาร
- ด้านผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน
- ด้านงบประมาณ
- ด้านวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์
ยานพาหนะ



ยกร่างแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ

การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นจังหวัดเลย (Innovation Development: D1)

- ยกร่างแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ
จัดการการแพทย์ฉุกเฉินฯ
- นำแนวทางการพัฒนาสู่เวทีการวิพากษ์/
และเติมเต็ม
- นำเสนอแนวทางการพัฒนาต่อ
ผู้เกี่ยวข้อง
- นำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ขนาดเล็ก (บาง
อปท.)



นำแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ

การแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาแล้ว (Development2: D2)

- ดำเนินการขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุม
ทั้งจังหวัด รวม 14 อำเภอ
- ประเมินผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการ
การแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น ภายหลังการดำเนินการ ตาม
แนวทางที่ได้รับการพัฒนา (Model
Evaluating)
- สรุปผลการดำเนินงาน



การสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน

จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Research2: R2)

- ทบทวนแนวทางการพัฒนาโดยนำเสนอ
แนวทางกับผู้บริหาร อปท. และ
ผู้รับผิดชอบการจัดบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน หลังทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็ก
(บาง อปท.) ที่ทดลองนำไปดำเนินการ
- เติมเต็มแนวทางการพัฒนาและจัด
ซื้อจัดซื้อ/แนวทางที่เหมาะสม
- ขยายดำเนินการในภาพรวมของจังหวัด
เลย 14 อำเภอ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรม

1. การประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหา (Literature Review/ Survey and research: R1)

- ทบทวนวรรณกรรมการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง



- ประเมินสภาพปัญหา และสถานการณ์ปัจจุบันในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย โดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 100 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 38 แห่ง และ กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 62 แห่ง

- ขก่ร่างรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปและนำเสนอผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมปรึกษาหารือ ร่วมนำเสนอข้อเด่นข้อด้อย ปัญหาระดับพื้นที่โดยใช้การสนทนากลุ่ม

2. ขก่ร่างแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเลย (Innovation Development: D1)

- หลังขก่ร่างแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินฯ จากการทบทวนวรรณกรรม การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

- นำแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการฯ สู่การขับเคลื่อนระดับจังหวัด

3. การสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Research2: R2)

4. นำแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาแล้ว (Development2: D2)

5. การประเมินผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายหลังการดำเนินการ ตามแนวทางที่ได้รับการพัฒนา (Model Evaluating)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการพัฒนาระบบบริหารจัดการ การแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเลย ซึ่งเป็นการพัฒนางานบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ประสบปัญหาบริการไม่ครอบคลุมพื้นที่ จึงศึกษาในกลุ่มประชากร คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดในจังหวัดเลยจำนวน 100 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลการรับรู้สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน และปัญหาอุปสรรค

2. แนวคำถามสืบค้นเพื่อใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม ประชุมระดมสมอง และสะท้อนคิดแบบกึ่งโครงสร้าง สร้างจากการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง และผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์วิฤตดิฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเครือข่าย 1 คน ประกอบด้วย คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการให้บริการในปัจจุบัน ข้อจำกัดการบริการ ประสิทธิภาพการแก้ไข และแนวทางการพัฒนา กรอบการใช้คำถามสืบค้น ซึ่งเป็นแนวคำถามสืบค้นแบบกึ่งโครงสร้างนี้ มี 6 ตอน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และบริบทการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อุปสรรคในการจัดบริการ



- ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลทรัพยากรด้านงบประมาณในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลทรัพยากรระบบการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 6 แนวทางการส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการบริหารจัดการของ Peter f Drucker โดยกรอบแนวคิดทางการบริหารจัดการทรัพยากรทางการบริหาร 4 M ประกอบด้วย ทรัพยากรมนุษย์ (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materiel) และการบริหารจัดการ (Management) เมื่อยกร่างเสร็จได้นำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของความตรงเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเที่ยงของเครื่องมือในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำภู ได้ค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราซ 0.74 (Cronbach's alpha)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่าง มิถุนายน-กันยายน 2566 แบ่งเป็น 4 ระยะ และการประเมินผล 1 ครั้ง รายละเอียด ดังนี้

การประเมินสภาพปัจจุบัน และปัญหา (Literature Review/ Survey and research: R1)

1. ทบทวนวรรณกรรมการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. ประเมินสภาพปัญหา และสถานการณ์ปัจจุบันในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย โดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 100 แห่ง โดยสอบถามผู้บริหาร คือ นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเลย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในจังหวัดเลย
3. ขก่างการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมุมมองการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุป และนำเสนอผู้บริหาร ซึ่งประกอบด้วยผู้ว่าราชการจังหวัดเลย รองผู้ว่าราชการจังหวัดเลยที่รับผิดชอบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นจังหวัดเลย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย และนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมปรึกษาหารือ ร่วมนำเสนอข้อเด่นข้อด้อย สภาพปัญหาในทางปฏิบัติระดับพื้นที่โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)



ยกร่างแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเลย (Innovation Development: D1)

1. ได้แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการทบทวนวรรณกรรม การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ซึ่งใช้กรอบการพัฒนาระบบบริหารจัดการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเลย ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Theory of Participative Management) ของ Peter Michael Senge ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล บุคลากรและองค์กรที่เป็นภาคีเครือข่าย รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ริเริ่ม พัฒนาแนวทางการทำงานที่เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน โดยที่ความพึงพอใจของบุคลากรก็เพิ่มตาม ควรส่งเสริมให้บุคลากรในระดับต่างๆ เสนอแนะเกี่ยวกับแผนงาน นโยบาย และกลยุทธ์การดำเนินงาน

2. นำแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำสู่การขับเคลื่อนระดับจังหวัด โดย

2.1 กำหนดเป็นนโยบายจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเลย

2.2 ท้องถิ่นจังหวัดเลย จัดประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติเพื่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.3 กำหนดแผนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น จากจำนวน 46 แห่งเพิ่มครอบคลุม

การสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Research2: R2)

เพื่อการวิเคราะห์สภาพระบบบริหารจัดการ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย การจัดบริการ สภาพการทำงาน ข้อขัดข้อง สภาพปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายในการสังเคราะห์แนวทางการบริหารจัดการ การแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย ผู้แทนนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนท้องถิ่นจังหวัด ผู้แทนกู้ชีพกู้ภัยในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกู้ชีพกู้ภัยมูลนิธิ ผู้แทนแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้แทนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน สสจ.เลย

นำแนวทางการพัฒนาฯ ที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาแล้ว (Development2: D2) ดำเนินการในทุกอำเภอ รวม 14 อำเภอ โดยกำหนดเป้าหมายการขยายบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มอีกอย่างน้อยอำเภอละ 1 ท้องถิ่น รวมทั้งสิ้น 14 ท้องถิ่น



การประเมินผลการพัฒนา

ภายหลังการดำเนินการ ตามแนวทางที่ได้รับการพัฒนา (Model Evaluating)

1. ความครอบคลุมการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น
2. เป้าหมายการดำเนินการมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นทุกอำเภอ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ และแปลผลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ ค่าสัดส่วน อัตรา และข้อมูลเชิงคุณภาพ เนื่องจากการวิจัยนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยแบบผสมผสานวิธีทั้งดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ แทรกไปในกระบวนการในหลายขั้นตอน ตามบริบทที่ขับเคลื่อนงานวิจัย และกระบวนการ การได้มาซึ่งข้อมูลในหลายกรณีเป็นวิธีการผสมผสาน ทั้งการสังเกต การสัมภาษณ์ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการเชิงกระบวนการ นำมาอธิบายและเสนอแนะร่วมกัน และนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามเพิ่มเติม โดยมุ่งเน้นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้านักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอ หรือไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์⁽⁸⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เลขที่ ECLOEI 0017/2566 วันที่ 30 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการรับรู้สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน และปัญหาอุปสรรค พบว่า

ตารางที่ 1 การรับรู้สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน และปัญหาอุปสรรค (n = 100)

ทรัพยากรทางการบริหาร	ค่าเฉลี่ย	(S.D.)	ระดับการรับรู้
ทรัพยากรบุคคล (Man) 9/5 ระดับ	3.24 (29.20/45)	0.584	ปานกลาง
งบประมาณ (Money) 6/5 ระดับ	2.38 (14.29/30)	0.448	น้อย
วัสดุอุปกรณ์ (Material) 5/5 ระดับ	2.69 (13.45/25)	0.685	ปานกลาง
การบริหารจัดการ (Management) 7/5 ระดับ	2.84 (19.90/35)	0.662	ปานกลาง

ทรัพยากรบุคคล (Man) ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 9 ประเด็นๆ ละ 5 ระดับ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.24 (29.20/45) (S.D.= 0.584)

งบประมาณ (Money) ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ประเด็นๆ ละ 5 ระดับ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.38 (14.29/30)



วัสดุอุปกรณ์ (Material) ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ประเด็นๆ ละ 5 ระดับ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.69 (13.45/25)

การบริหารจัดการ (Management) ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 7 ประเด็นๆ ละ 5 ระดับ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.84 (19.90/35)

ผลการสนทนากลุ่ม การพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่าย อปท.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และบริบทการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อุปสรรคในการจัดบริการ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสิ้นในจังหวัดเลย จำนวน 100 แห่ง (ยกเว้น อบจ.เลย) ใน ปีงบประมาณ 2566 จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 38 แห่ง ไม่จัดบริการฯ 62 แห่ง อุปสรรคในการดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย งบประมาณของท้องถิ่นมีจำกัด และในบางปีงบประมาณ งบประมาณที่ได้รับไม่เป็นไปตามเป้าหมาย, ทักษะคนผู้บริหารท้องถิ่นต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, สมาชิกสภาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญ โดยเฉพาะกรณีเป็นท้องถิ่นขนาดเล็ก งบประมาณน้อย มีจำนวนการออกเหตุที่ต่ำ โดยมองว่าไม่มีความคุ้มค่าในการจัดบริการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1) ยังประสบปัญหาการพัฒนาบุคลากร ทั้งการฝึกอบรม Emergency Medical Responder: EMR ทั้งการฝึกอบรมใหม่และและการอบรมฟื้นฟู โดยที่ผ่านมามีเพียงโรงพยาบาลเลย และ โรงพยาบาลวังสะพุง เท่านั้นที่ดำเนินการ ภายใต้อำนาจการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ในขณะที่โรงพยาบาลทุกแห่ง ผ่านการประเมินแหล่งฝึก แต่ยังไม่มีการดำเนินการ

2) บุคลากรที่ออกดำเนินงาน ไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากบางกรณียังไม่ผ่านการฝึกอบรม

3) ขาดการวางแผนการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาคม/มูลนิธิ และเครือข่ายภาคประชาชน ฯลฯ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทรัพยากรด้านงบประมาณในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1) ประสบปัญหาใน อปท.ขนาดเล็ก พื้นที่ อปท.ที่มีประชากรเบาบาง การจัดบริการจะต้องมีงบประมาณขั้นต่ำในระดับที่สูง เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ อปท.ได้รับ

2) กรณีมีผู้เรียกใช้บริการเบาบางใน อปท.ขนาดเล็ก จะมีต้นทุนต่อหน่วยสูงมากเมื่อเทียบต่อการจัดบริการ 1 ครั้ง

3) มีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณที่มีอยู่ไปดำเนินการอย่างอื่นที่ อปท.ให้ความสำคัญมากกว่า

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1) อุปกรณ์สำคัญและมีมูลค่าสูงอย่างเดียว คือ รถยนต์ อุปกรณ์อื่นๆ ประสานขอรับการสนับสนุนจาก รพ.สต./โรงพยาบาลเครือข่ายได้

2) บุคลากรยังไม่ผ่านการอบรม และไม่สามารถใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างถูกต้องปลอดภัย



ส่วนที่ 5 ข้อมูลทรัพยากรระบบบริหารจัดการในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- 1) บางท้องถิ่นยังประสบปัญหาความไม่เข้าใจในระเบียบปฏิบัติในการเบิกค่าใช้จ่าย
- 2) ยังขาดการประสานการจัดบริการในภาพรวม และยังไม่มีแนวทางการประสานการร่วมจัดบริการฯ ในพื้นที่ อปท.ขนาดเล็ก ซึ่งสามารถร่วมจัดบริการได้
- 3) ไม่พบระบบบริหารจัดการระดับจังหวัดที่เหมาะสม เช่น การร่วมจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประสานในขับเคลื่อนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อความครอบคลุมที่มากขึ้น

ส่วนที่ 6 แนวทางการส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) กำหนดเป็นนโยบายผู้ว่าราชการจังหวัด โดยหน่วยงานประสานหลัก คือ ศาลากลางจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด โรงพยาบาลและองค์กรบริหารส่วนจังหวัดเลย
- 2) ท้องถิ่นจังหวัดเลย จัดประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติเพื่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) กำหนดแผนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น เพิ่มความครอบคลุมระดับพื้นที่
- 4) จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร โดยกำหนดรายรุ่นและประสานงบประมาณในระดับจังหวัด โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหลักเป็น โรงพยาบาลและโรงพยาบาลวังสะพุง
- 5) จัดทำแผนที่การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเลย (LOEI EMS MAPING)
- 6) นำเสนอความก้าวหน้าผ่านการประชุมกรรมการจังหวัด ต่อเนื่องทุก 2 เดือน

ผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเลย สามารถขับเคลื่อนขยายความครอบคลุมพื้นที่บริการ จาก 38 อปท.เป็น 56 อปท. จากทั้งหมด 100 อปท. และมีแผนขยายความครอบคลุมเพิ่มในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 14 อปท. ซึ่งจะเพิ่มความครอบคลุมเป็น 70 อปท.จาก 100 อปท.ในจังหวัดเลย

อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินการรับรู้สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน และปัญหาอุปสรรค พบว่า ทรัพยากรบุคคล (Man) ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 9 ประเด็น ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.24 (29.20/45) บ่งบอกถึงสถานะทรัพยากรบุคคล ว่ายังต้องได้รับการพัฒนา และสนับสนุนเพื่อให้สามารถจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีระ ศิริสมุท และคณะ⁽⁹⁾ เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสู่ภาวะปกติใหม่ (EMS new normal) : แนวทางเพิ่มประสิทธิภาพด้านเวลาในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในประเทศไทย ซึ่งพบว่า การบริหารจัดการของหน่วยงาน



บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศักยภาพของทีมปฏิบัติการ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของภาคประชาชน โดยการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ได้เสนอแนะมาตรการลดระยะเวลาตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response Time) แนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการช่วยชีวิตงบประมาณ (Money) ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ประเด็น ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.38 (14.29/30) เมื่อต้องนำไปขับเคลื่อนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีกระบวนการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งประเด็นนี้ จะเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการฯ เช่นเดียวกับด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) ในการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.69 (13.45/25) และด้านการบริหารจัดการ (Management) ที่ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.84 (19.90/35) สอดคล้องกับการศึกษา นงลักษณ์ พะไยยะ และคณะ⁽¹⁰⁾ เรื่อง การคาดการณ์ความต้องการและการวางแผนกำลังคนสำหรับระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการศึกษา พบว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันพบปัญหาหลักๆ ประกอบด้วย การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ และการกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม ปัญหาด้านคุณภาพ และทักษะการให้บริการในด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การขาดมาตรการที่เหมาะสมทั้งด้านการเงิน และมาตรการนอกเหนือจากตัวเงินในการสร้างกำลังคนในระบบ หากแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของยุภาวดี คงดา, นุ่มตาส มีระมาน และกัลยา ดันสกุล⁽¹¹⁾ เรื่อง การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติการตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามหน่วยบริการที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัย พบว่า หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดพัทลุง มีความพร้อมครบถ้วนมากที่สุดด้านยานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ และด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ร้อยละ 100 การรับรู้การปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.55$, $S.D. = 0.766$)

อุปสรรคสำคัญในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเลย ประกอบด้วย งบประมาณของท้องถิ่นมีจำกัด ทักษะคนผู้บริหารท้องถิ่นต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, สมาชิกสภาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญโดยเฉพาะกรณีเป็นท้องถิ่นขนาดเล็ก มีจำนวนการออกเหตุที่ต่ำ ไม่มีความคุ้มค่าในการจัดบริการ, แนวทางการส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจต้องอาศัยการมีส่วนร่วมกับการบริหารผ่านระบบบริหารราชการแผ่นดิน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเลย ผ่านหน่วยงานประสานหลัก คือ ศาลากลางจังหวัดเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ท้องถิ่นจังหวัดเลย โรงพยาบาลเลย และองค์การบริหารส่วนจังหวัดเลย ไปขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง



และประกาศการสนับสนุนด้านงบประมาณ และองค์ความรู้ โดยท้องถิ่นจังหวัดเลย ผ่านผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติ เพื่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกำหนดแผนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นรายอำเภอเพื่อเพิ่มความครอบคลุมระดับพื้นที่ ผ่านแผนที่การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเลย (LOEI MAPING EMR) ว่าเหมาะสมว่า ควรดำเนินการในท้องถิ่นใด ที่จะช่วยลดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับการจัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร โดยกำหนดรายรุ่น และประสานงบประมาณในระดับจังหวัด ซึ่งสามารถเสนอของบพัฒนาจังหวัด และงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหลักเป็น โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลวังสะพุง และสนับสนุนโดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รายละเอียดการขับเคลื่อนนำเสนอความก้าวหน้า และติดตามผลการดำเนินงาน ผ่านการประชุมกรรมการจังหวัด ต่อเนื่องทุก 2 เดือน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรกำหนดการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นนโยบายของจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ขับเคลื่อนผ่านท้องถิ่นจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย
2. ควรกำหนดแผนการขยายพื้นที่ดำเนินการ ให้ครอบคลุมพื้นที่รายอำเภอ โดยกำหนดเพิ่มขึ้นอย่างน้อยอำเภอละแห่ง พร้อมทั้งจัดทำแผนที่การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเลย (LOEI EMS MAPING)
3. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก และแหล่งงบประมาณ ห้วงระยะเวลา รองรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ/สมาคม และภาคเอกชนอื่นๆ
4. ติดตามความก้าวหน้าผ่านการประชุมกรรมการจังหวัด อย่างต่อเนื่องทุก 2 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับแนวคิด และการสนับสนุนจากผู้ว่าราชการจังหวัดเลย รองผู้ว่าราชการจังหวัดเลย และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย ทีมวิจัยขอขอบพระคุณนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบงานเครือข่าย EMS จังหวัดเลย ทุกท่านที่กรุณาให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: WHO. The Emergency Care [Internet]. [cited 2023 April 18]. Available from: https://www.who.int/health-topics/emergency-care#tab=tab_1
2. American College of Emergency Physicians. Definition of Emergency Medicine [Internet]. [cited 2023 April 18]. Available from: <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-emergency-medicine>
3. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551. พระราชบัญญัติ. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนที่ 44 ก. ลงวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ.2551.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. อำนาจหน้าที่ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.niems.go.th/1/SubWebsite/?id=1430>
5. กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น. ข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2566].เข้าถึงได้จาก: <http://www.dla.go.th/work/abt/index.jsp>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ฐานข้อมูลการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. 2565. เอกสารอัดสำเนาประกอบการประชุมตรวจราชการ รอบที่ 1/2565 มกราคม 2565.
7. Peter Michael Senge. Theory of Participative Management [Internet]. [cited 2023 April 30]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Peter_Senge
8. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552.
9. ชีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, ปญดา ชื่นสาโรง และพรทิพย์ วชิรดิolk. การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสู่ภาวะปกติใหม่ (EMS new normal) : แนวทางเพิ่มประสิทธิภาพด้านเวลาในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในประเทศไทย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. มปส; 2565.
10. นงลักษณ์ พะไยยะ และคณะ. การคาดการณ์ความต้องการและการวางแผนกำลังคนสำหรับระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส). มปส.; 2556.
11. ยุภาวดี คงดา, มุมตาส มีระมาน และกัลยา ตันสกุล. การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง. การประชุมภาคใหญ่วิชาการระดับชาติ และนานาชาติ ครั้งที่ 10. ; 2562.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR SERIOUS MENTAL ILLNESS WITH HIGH RISK TO VIOLENCE PSYCHIATRIC PATIENTS TO COMMUNITY IN ROIET

Received: September 14, 2023

Revised: November 26, 2023

Accepted: December 02, 2023

อรพรรณ สุนทวง^{1*}

Orapun Suntuang^{1*}

บทคัดย่อ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญของการพยาบาลเพื่อผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 3) ศึกษาผลลัพธ์กลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ คือ พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในเดือนมิถุนายนถึงกันยายน 2565 จำนวน 1,132 ราย เครื่องมือประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล มีดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การพยาบาลใน 3 ระดับ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ระดับ 1 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน และระดับ 3 ในโรงพยาบาลจังหวัด ปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์หลังการดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล ลดลงจากร้อยละ 13 เหลือเป็นร้อยละ 7.6

สรุปและข้อเสนอแนะ : จังหวัดร้อยเอ็ดมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และลดการมารักษาในโรงพยาบาล ควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลองต่อ เพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามระยะเวลานานขึ้น

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยจิตเวช

¹ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Department of Psychiatry and Drug Dependence Roi-et hospital

*Corresponding author E-mail: orapunsun101@gmail.com



Abstract

Clinical nursing practice guideline are essential tools in delivering quality healthcare outcomes. This practical research aimed to conduct operational research for 1) studying the current situation, 2) developing psychiatric clinical nursing practices, and 3) outcome evaluation. The sample group included nurses from community hospitals, health promotion hospitals, and registered patients from June to September 2022, totaling 1,132 individuals. Research tools comprised group interview questionnaires, questionnaire, and a psychiatric clinical nursing practice guideline manual with a content validity index of 0.80. Data were analyzed using percentage and content analysis.

The study revealed the absence of psychiatric clinical nursing practices. The identified practices included nursing at three levels based on the severity of aggressive behavior: Level 1 in health promotion hospitals, Level 2 in community hospitals, and Level 3 in provincial hospitals. The practices followed a nursing process. The post-intervention results percentage of in hospital admit rates was decreased from 13% to 7.6%.

Conclusion and recommendations: Roi Et Province lacks psychiatric clinical nursing practice guideline for serious mental illness with high risk to violence psychiatric patients to community with quality and standard care, resulting in a reduced hospital admit rate. Further experimental research is recommended to clearly demonstrate the effectiveness of these practices and ensure longer-term follow-up.

Keywords: Clinical nursing practice guideline, Psychiatric Patients to community



บทนำ

สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พบว่า ผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 20 และมักเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า โรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช จะเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 1,500 ล้านคนทั่วโลกตลอดจนคาดการณ์ว่า สัดส่วนของโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดภาวะสูญเสียความสามารถจะสูงขึ้นจากร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ 2543 เป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2565 และจากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค พบว่า โรคจิตเวชก่อให้เกิดภาระ ร้อยละ 11⁽²⁾

โรคจิตเวชมีผลกระทบต่อครอบครัว คือ ญาติมีความเครียดอันเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม รู้สึกอับอาย ผลกระทบต่อสังคม คือ การสร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด พกอาวุธ หรือทำข้าวของผลกระทบต่อประเทศ ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ⁽³⁻⁸⁾ สำหรับสถิติในประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2,322,497 คน โดยคาดการณ์ว่า เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรง จำนวน 200,000-300,000 คน⁽⁹⁾ ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงแนวโน้มปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่มีโอกาสก่อความรุนแรงซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาสำคัญอื่นๆ ของประเทศตามมา⁽¹⁰⁾

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยมุ่งหวังให้เกิดระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันทางการแพทย์ ฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีการดำเนินการดังกล่าวครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ⁽¹¹⁾

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้รับมอบหมายให้เป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยงขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งจังหวัดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการกำเริบของอาการทางจิตและการถูกรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชของจังหวัดร้อยเอ็ด⁽¹²⁾ ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 พบว่า สถิติจำนวนของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกอำเภออย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ 2563 พบ จำนวน 9,044 คน และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ 2565 จำนวน 9,729 ราย ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาแต่ละพื้นที่ต่างปฏิบัติตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล วิธีการปฏิบัติการพยาบาลต่างกัน เกิดการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำในปี พ.ศ. 2564 สูงถึง ร้อยละ 13% ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการให้การพยาบาล และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
- 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
- 3) เพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽¹³⁾ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร มาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เพื่อเป็นบริบทข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา
- 2) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยนัดสนทนากลุ่มกับพยาบาลผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลชุมชน และร่วมกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาล และร่วมจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล
- 3) ร่วมสรุปจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ผู้รับผิดชอบงาน โรงพยาบาลชุมชนแต่ละอำเภอ จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนที่จะนำแผนแนวปฏิบัติการพยาบาลไปปฏิบัติ
- 2) ผู้วิจัยจัดอบรมให้ความรู้เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด
- 3) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชนและผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกอำเภอ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปปฏิบัติกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ระหว่างดำเนินการผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมโดยผู้ร่วมวิจัยเยี่ยมบ้านในพื้นที่สังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตามคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล



2) ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ได้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำแบบสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้ และข้อเสนอแนะ

3) การประเมินการกลับมารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลเวชระเบียนการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการขึ้นทะเบียนการดูแลในช่วงเดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือนกันยายน 2565 ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลา 4 เดือน

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

สนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ที่ได้จากผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชน
2. ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 20 อำเภอๆ ละ 1 คน รวมเป็น 20 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- 2) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้จิตเวชในชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 3) สนใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการต่อ
- 2) มีโรคหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

2. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 247 ตำบลๆ ละ 1 คน รวมเป็น 247 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้จิตเวชในชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) สนใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการต่อ



2) มีฐานะหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่ได้รับการสำรวจและขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือนกันยายน 2565 จำนวน 1,132 ราย มีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusive criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มSMI-V ตามเกณฑ์การจำแนกของกรมสุขภาพจิตดังนี้

SMI-V 1 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่พบเคยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

SMI-V 2 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่พบเคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง หรือเคยก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน

SMI-V 3 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่พบเคยมีประวัติมีอาการหลงผิด มีประวัติมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง

SMIV 4 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่พบเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

1) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เช่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สถาบันบำบัดเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านยาเสพติด

2) ผู้ป่วยถูกส่งต่อเข้าเรือนจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน สำหรับผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. แบบสอบถามคำถามปลายเปิดในประเด็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้ และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตามคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยคำนวณหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.80 และผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหา เพื่อให้มีความเหมาะสมและนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อคำถามตลอดจนปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนนำไปใช้จริง



การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลทั่วไปนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
- 2) ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เนื้อหา
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลการรับรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรคำนวณร้อยละ

ดังนี้

$$\text{อัตราการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน} \times 100}{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการขึ้นทะเบียนทั้งหมด}}$$

การการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ COE 1672564 วันที่รับรอง 22 ธันวาคม 2564-21 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ขอสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 20 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 55 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 55 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 10-20 ปี ร้อยละ 40

2) สรุปสถานการณ์ ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า แต่ละอำเภอยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด แต่ละอำเภอลงเยี่ยมบ้านตามทักษะบริบทของแต่ละบุคคล ยังไม่มีรูปแบบเป็นแนวปฏิบัติ ต่างคนต่างปฏิบัติ

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การประเมินสภาพปัญหาตามระดับความรุนแรงโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS: Overt Aggression Scale) เพื่อแบ่งระดับการพยาบาล และเริ่มปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และระดับความรุนแรง โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยใช้แบบประเมิน 10 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต



2. การวินิจฉัยปัญหาจากแบบประเมิน 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต
3. การวางแผนการดูแล Care Plan จากปัญหาตามแบบประเมิน 10 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต
4. การปฏิบัติการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านตามระดับความรุนแรง
5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลจากแบบประเมิน 10 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต
6. การวางแผนดูแลต่อเนื่อง

มีรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยระยะเวลาในการกาดพยาบาลในชุมชน จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 30-60 นาที ระยะเวลา ทุก 1 เดือน แบ่งระดับการดูแล ตามแผนภูมิรูปที่ 1

3. ผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นไปใช้

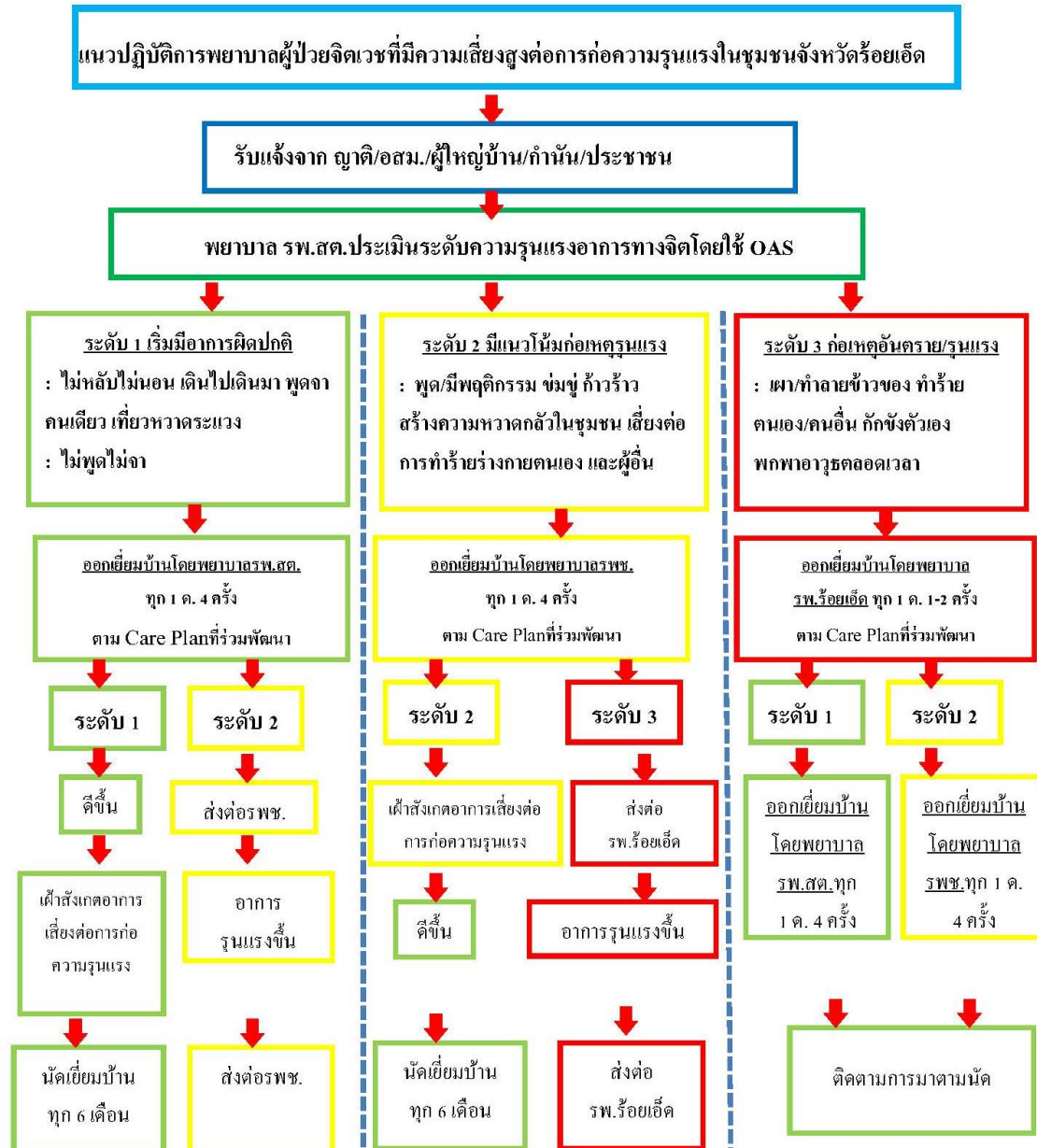
1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 247 ตำบลๆ ละ 1 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82 ทั้งหมดการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 และมีประสบการณ์การทำงานในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 46

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาเดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือน กันยายน 2565 มีจำนวน 1,132 ราย พบว่า สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 80 เป็น เพศชาย อายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 66.16 การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 74.91 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 66.07 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 76.32 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 85.15 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนมากอยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 76.50 และมีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 89.13

3) ผลการประเมิน

3.1 ประเมินการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือนกันยายน 2565 พบว่า ลดลงจากปี พ.ศ.2564 เท่ากับร้อยละ 13 เป็นปี พ.ศ.2565 เท่ากับร้อยละ 7.6

3.2 สทนทากลุ่มผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชน และสรุปข้อมูลจากแบบสอบถาม ปลายเปิดผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ทุกคนสามารถดำเนินการได้ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล มีการรับดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยใช้ แบบประเมิน OAS สามารถให้การดูแล และส่งต่อได้ตามระดับของแนวปฏิบัติการพยาบาล สิ่งที่ยาก ให้ทางระดับจังหวัดดำเนินการ คือ มีการประชุมพัฒนาศักยภาพ ทุก 1 ปี จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในระดับจังหวัด และมีช่องทางการส่งต่อ เพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในรายที่มีปัญหา ชุมชนไม่พร้อมรับกลับ



แผนภูมิรูปที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
จังหวัดร้อยเอ็ด

สรุปผลการวิจัย

การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสภาพปัญหาโดยใช้แบบประเมิน 10 ด้าน 2) การวินิจฉัยปัญหาจากแบบ



ประเมิน 10 ด้าน ที่ประเมินได้ 3) การวางแผนการดูแลโดยใช้ Care Plan ตามปัญหาแบบประเมิน 10 ด้าน 4) การปฏิบัติการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านตามระดับความรุนแรง 4 ครั้ง ทุก 1 เดือน 5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และ 6) การวางแผนดูแลต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ลดการรับรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จากปี พ.ศ.2564 ร้อยละ 13 ลดลงเป็นร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ.2565

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. สถานการณ์ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่า แต่ละอำเภอยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด แต่ละอำเภอลงเยี่ยมบ้านตามทักษะบริบทของแต่ละบุคคล การร่วมกันวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองความต้องการในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของทุกอำเภอ เพื่อให้จังหวัดร้อยเอ็ดมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานทุกอำเภอจึงให้ความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุกัญญา ละอองศรี และคณะ⁽¹⁵⁾ วิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ คือ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติจริงในพื้นที่เริ่มต้นจากการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาในพื้นที่ทำให้กิจกรรมสามารถดำเนินการไปสู่ขั้นตอนอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแนวคิดของ Kemmis and McTaggart พบว่า เกิดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การร่วมกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่และการร่วมจัดทำแผนการดำเนินงาน สอดคล้องการศึกษาของวีระยุทธ ชาติตะกานนท์⁽¹⁴⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart พบว่าเป็นกระบวนการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การร่วมมือของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้นๆ และจากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานเกิดผลสำเร็จได้แก่ มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมผู้นำในชุมชน และทีมสหวิชาชีพในชุมชนได้ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกในชุมชนทำให้ลดอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงในชุมชนได้



3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พบว่า การรับรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษาเดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือนกันยายน 2565 ลดลงจากปี พ.ศ.2564 เท่ากับ 13% เหลือเท่ากับ 7.6% หลังประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทุกคนสามารถดำเนินการได้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดการก่อความรุนแรงในชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลส่งผลต่อการลดลงของการรับรักษาแบบผู้ป่วยในจากการที่พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการประเมินสถานะผู้ป่วยในบริบทที่บ้าน มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยเน้นการยอมรับ ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึที่ดี และไว้วางใจกับผู้ป่วย พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว การสอนและให้ความรู้ การดำเนินชีวิตประจำวัน การกินยา และการประกอบอาชีพที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้โอกาส การประคับประคองเมื่อผู้ป่วย และครอบครัวต้องการ มีการประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชน และองค์กรอื่นๆ มีการประเมินผล ส่งผลต่อการลดการก่อความรุนแรงในชุมชน แม้ยังไม่มีผลการศึกษานี้โดยตรงที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของนุชนิ เอี่ยมสะอาด⁽¹⁶⁾ เรื่องผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 3 เดือน และให้การดูแลตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา และกินยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบที่ต้องส่งต่อรักษา อยู่ในสังคมชุมชนอย่างสงบสุข ประกอบอาชีพได้ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของรัศมี ชุตินิคม⁽¹⁷⁾ ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอฉะเชิงเทรา จ.ฉะเชิงเทรา พบว่า คณะนักวิชาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.01$

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- 1) นำรูปแบบการศึกษาที่ได้ไปใช้ขยายผลในเขตสุขภาพที่ 7 และระดับประเทศ
- 2) ควรมีการกำกับติดตามหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนในระยะยาวหลัง 12 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ
- 3) ควรมีนโยบาย แผนงาน โครงการในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาคือความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของทั้งจังหวัดที่ชัดเจนและต่อเนื่อง



เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวจะได้มีความสอดคล้องกัน เพื่อเป็นการการป้องกัน และลดปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชนของทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในกระบวนการวิจัย สนับสนุน และผลักดันให้เกิดการพัฒนางานและสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
2. World Health Organization. The Global burden of disease of Mental disorders 2020. Global Health Estimates; 2020.
3. ปรีวัตร ไชยน้อย. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
4. พรทิพย์ วชิรดิถ, ชีระ ศิริสมุค, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ณรงค์ชัย วงศ์วาร, อัญชลี เนื่องอุดม. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
5. พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, กชพงศ์ สารการ, ชีราภา ธานี. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 2: 30-40.
6. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏลดาน น้าภา, ชีราภา ธานี และสุภาพร จันทรสาม. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561; 3: 207-219.
7. Kemppainen, J. H. Psychiatric Nursing and Medication Adherence. J of Psychosocial Nursing 2003; 2: 39-49.
8. รัชนิกร อุปเสน. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 1: 308-314.



9. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
10. ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 2: 68-76.
11. บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. การประชุมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (2564). รายงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
13. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.).Victoria : Deakin University.
14. วีระยุทธ์ ชตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏธานี 2558; 1: 28-49.
15. สุกัญญา ละอองศรี, บัณฑิต ศรีชัยกุล, นกมล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560; 2: 15-26.
16. นุชนิ เอี่ยมสะอาด, ปิยญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2563; (1): 10-22.
17. รัศมิ ชูคพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอลำปลายมาศจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 3: 851-867.



ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

FACTORS EFFECTING TO HUMAN RESOURCE MANAGEMENT OF COMMUNITY HOSPITALS IN KALASIN PROVINCIAL HEALTH OFFICE

Received: August 18, 2023

Revised: December 06, 2023

Accepted: December 10, 2023

วรรณภา นิติมงคลชัย^{1*}

Wannapa Nitimongkonchai^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 400 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัด 5 ระดับ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.836 สถิติที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวนทางเดียว และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมประเภทงานทั้ง 7 สายงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล จำนวน 6 ด้าน พบว่า ปัจจัยทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกมากที่สุด ได้แก่ การทำงานเป็นทีม ($r = 0.702$) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ($r = 0.698$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกปานกลาง ได้แก่ การพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์ ($r = 0.500$) ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ($r = 0.421$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกน้อย ได้แก่ ค่าตอบแทน ($r = 0.331$) การประเมินผลการปฏิบัติงาน ($r = 0.309$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.01$

คำสำคัญ: การบริหารทรัพยากรบุคคล, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: wannapa2013@gmail.com



Abstract

The purpose of this study was to compare the factors effecting to Human Resource Management of the Community Hospital in Kalasin Provincial Public Health Office, there were 400 samples by using the stratified random sampling. A rating scale survey questionnaire was use to collect data for the study cronbach's alpha was use to assess the questionnaire's internal consistency, the over reliability value was 0.836 Data. The data analysis was done by One-way ANOVA, Pearson's Product – Moment correlation Coefficient, descriptive statistics to find the percentage, average and standard deviation.

The conclusion as follow: 1). An overall examination revealed no discernible differences ($p\text{-value} < 0.05$) in assessing the factors influencing Human Resource Management of the Community Hospital in Kalasin Provincial Public Health Office. However, when individual aspects were examined, a statistically significant difference ($p\text{-value} = 0.05$) emerged, specifically in the dimension pertaining to receiving support from supervisors. 2) The relationship among the factors effecting to the human resource Management were 6 sides positive relationship. The high relationship such as the teamwork ($r = 0.702$), top management support ($r = 0.698$), the medium relationship such as the skill and experience development ($r = 0.500$), career advancement ($r = 0.421$), the less relationship such as the compensation ($r = 0.331$), and performance appraisal ($r = 0.421$) was significant at $p\text{-value} = 0.01$

Keywords: Human Resource Management, Community Hospital, Kalasin Provincial Public Health Office



บทนำ

ทรัพยากรบุคคล ถือเป็นทรัพยากรสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรและการพัฒนาระบบงานขององค์กร การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management : HRM) ยังถือเป็นกลยุทธ์ตลอดจนกระบวนการในการจัดการบุคลากรในองค์กรตามมิติต่างๆ เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินงานตามหน้าที่ของตนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเกิดปัญหาให้น้อยที่สุด รวมถึงการพัฒนาให้บุคลากรมีศักยภาพเพิ่มขึ้น เพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อความสำเร็จขององค์กรที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานระบบบริการสุขภาพภาครัฐจำนวนทั้งสิ้น 4,553 ราย โดยจำแนกประเภทการจ้างงาน 5 ประเภท พบว่า กลุ่มข้าราชการมากที่สุดจำนวน 2,160 ราย รองลงมา คือ กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,458 ราย ลูกจ้างชั่วคราวจำนวน 756 ราย ลูกจ้างประจำ 128 ราย และพนักงานราชการ จำนวน 51 รายแต่อย่างไรก็ตาม ภาพรวมของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีตำแหน่งว่างจากการลาออกของกลุ่มข้าราชการ และพนักงานราชการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตำแหน่งว่างในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 3.58, ปี 2563 คิดเป็น ร้อยละ 3.61, และปี 2564 คิดเป็นร้อยละ 3.64 ข้อมูลจากโปรแกรม HROPS ณ มกราคม 2566⁽¹⁾ ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาแรงจูงใจในการทำงานภาครัฐ หน่วยงานภาครัฐควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในองค์กร และนำปัจจัยดังกล่าวมาส่งเสริมการทำงานเพื่อให้เกิดความผูกพันและการตัดสินใจอยู่ในระบบของบุคลากรสาธารณสุขในภาครัฐ ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งประเภทสายงาน ออกเป็น 7 สายงาน ได้แก่ สายงานแพทย์ สายงานพยาบาล สายงานนักวิชาการสาธารณสุข สายงานเจ้าพนักงานสาธารณสุข สายงานนักจัดการงานทั่วไป สายงานนักวิชาการเงินและบัญชี และสายงานธุรการ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ มีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งประเภทสายงาน ออกเป็น



7 สายงาน ได้แก่ สายงานแพทย์ สายงานพยาบาล สายงานนักวิชาการสาธารณสุข สายงานเจ้าพนักงานสาธารณสุข สายงานนักจัดการงานทั่วไป สายงานนักวิชาการเงินและบัญชี และสายงานธุรการ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีประเภทการจ้างงานเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ ไม่นับรวมบุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ จำนวนทั้งสิ้น 1,336 ราย ณ มกราคม พ.ศ.2566 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane ประสพชัย พสุนนท์, 2555⁽²⁾ ที่มีระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 400 ราย และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่กำหนด ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) มีประเภทจ้างงานเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำแหน่ง โดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของประชากรในแต่ละตำแหน่ง เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำแหน่งแล้ว จึงสุ่มรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละตำแหน่งดังกล่าว โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนบุคลากรและกลุ่มตัวอย่าง

สายงาน	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
แพทย์	134	40
พยาบาล	968	290
นักวิชาการสาธารณสุข	109	32
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	45	13
นักจัดการงานทั่วไป	18	7
นักวิชาการเงินและบัญชี	27	8
เจ้าพนักงานธุรการ	35	10
รวม	1,336	400



ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น ได้แก่

1.1 เพศ อายุตัว ระดับการศึกษา อาชีพการงาน ตำแหน่ง

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาการประเมินผลการปฏิบัติงานและค่าตอบแทน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติงานของบุคลากรสอดคล้องกับวิชาชีพ และมีประสิทธิภาพการส่งเสริมความผูกพันของบุคลากรในองค์กร บุคลากรได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเอง เพื่อดำรงตำแหน่งสูงขึ้น และระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เหมาะสม

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลมีความแตกต่างกัน ตามประเภทสายงาน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลมีความสัมพันธ์กับการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นที่มีต่อปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน/รูป

2. การทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) โดยบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (กลุ่มสหวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน/รูป เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) Tiansawad, 2019⁽³⁾ ที่มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.78 ขึ้นไป โดยพิจารณาทั้งรายด้าน และทั้งฉบับ โดยแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.813 และแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.839



3. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบเพียร์สัน โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) Tiensawad, 2019⁽³⁾ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.836

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสอบถามตอนที่ 1 และแบบสอบถามตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) การคำนวณค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis variance :One-way ANOVA) และวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment correlation Coefficient)

ระยะเวลาในการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนเมษายน 2566 ถึงมิถุนายน 2566 ระยะเวลา 3 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 29/2566 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยภาพรวม พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.26 ช่วงอายุระหว่าง 26-30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.16 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.74 และมีอายุราชการช่วง 6-10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.66

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล มีความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.57$, S.D.= 0.66) เมื่อพิจารณา รายข้อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การทำงานเป็นทีม ($\bar{x}=4.11$, S.D.= 0.70) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ($\bar{x}=4.05$, S.D.= 0.68) การพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์ ($\bar{x}=3.69$, S.D.= 0.63) ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ($\bar{x}=3.27$, S.D.= 0.52) การประเมินผลการปฏิบัติงาน ($\bar{x}=3.22$, S.D.= 0.52) และค่าตอบแทน ($\bar{x}=3.10$, S.D.= 0.50) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. การทำงานเป็นทีม	4.11	0.70	มากที่สุด
2. การพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์	3.69	0.63	มาก
3. ความก้าวหน้าในวิชาชีพ	3.27	0.52	มาก
4. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	4.05	0.68	มากที่สุด
5. การประเมินผลการปฏิบัติงาน	3.22	0.52	มาก
6. ค่าตอบแทน	3.10	0.50	มาก
ภาพรวม	3.57	0.66	มาก

3. **ความคิดเห็นที่มีต่อปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน** พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคล มีความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.22$, S.D.= 0.64) เมื่อพิจารณารายข้อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การปฏิบัติงานของบุคลากรสอดคล้องกับวิชาชีพและมีประสิทธิภาพ ($\bar{x} = 3.55$, S.D.= 0.70) บุคลากรได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเองเพื่อดำรงตำแหน่งสูงขึ้น ($\bar{x} = 3.24$, S.D.= 0.71) ส่งเสริมความผูกพันของบุคลากรในองค์กร ($\bar{x} = 3.14$, S.D.= 0.66) และระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ($\bar{x} = 2.98$, S.D.= 0.53) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นที่มีต่อปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคล	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. การปฏิบัติงานของบุคลากรสอดคล้องกับวิชาชีพและมีประสิทธิภาพ	3.55	0.70	มาก
2. การส่งเสริมความผูกพันของบุคลากรในองค์กร	3.14	0.66	มาก
3. บุคลากรได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเองเพื่อดำรงตำแหน่งสูงขึ้น	3.24	0.71	มาก
4. ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เหมาะสม	2.98	0.53	ปานกลาง
ภาพรวม	3.22	0.64	มาก



ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัย (6 ด้าน) มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล (4 ด้าน) มีความแตกต่างกันตามประเภทสายงาน พบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลไม่แตกต่างกันตามสายงาน 7 สายงาน ($p\text{-value} > 0.05$) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีความแตกต่างกันตามประเภทสายงาน

ความคิดเห็นปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
1. การทำงานเป็นทีม	ระหว่างกลุ่ม	6.41	27	2.98	6.55	0.047
	ภายในกลุ่ม	179.74	373	0.53		
	รวม	186.15	400			
2. การพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์	ระหว่างกลุ่ม	8.72	27	3.32	4.56	0.033
	ภายในกลุ่ม	89.98	373	0.62		
	รวม	98.70	400			
3. ความก้าวหน้าในวิชาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	5.02	27	2.61	5.94	0.040
	ภายในกลุ่ม	160.61	373	0.34		
	รวม	165.63	400			
4. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	ระหว่างกลุ่ม	3.36	27	1.46	4.71	0.056*
	ภายในกลุ่ม	141.38	373	0.57		
	รวม	144.74	400			
5. การประเมินผลการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	5.47	27	3.98	6.84	0.002
	ภายในกลุ่ม	118.75	373	0.37		
	รวม	124.22	400			
6. ค่าตอบแทน	ระหว่างกลุ่ม	4.39	27	1.87	3.08	0.014
	ภายในกลุ่ม	99.41	373	0.49		
	รวม	103.80	400			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	5.18	27	2.63	2.74	0.028
	ภายในกลุ่ม	146.47	373	0.58		
	รวม	151.65	400			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล (6 ด้าน) มีความสัมพันธ์กับการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กร (4 ด้าน) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment correlation Coefficient) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน จากการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยทุกด้านมีความความสัมพันธ์ทางบวกต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกมากที่สุด ได้แก่ การทำงานเป็นทีม ($r = 0.702$) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ($r = 0.698$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกปานกลาง ได้แก่ การพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์ ($r = 0.500$) ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ($r = 0.421$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกน้อย ได้แก่ ค่าตอบแทน ($r = 0.331$) การประเมินผลการปฏิบัติงาน ($r = 0.309$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลกับการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล	Pearson Correlation (r)	Sig (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
1. การทำงานเป็นทีม	0.702*	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากที่สุด
2. การพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์	0.500*	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง
3. ความก้าวหน้าในวิชาชีพ	0.421*	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง
4. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	0.698*	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากที่สุด
5. การประเมินผลการปฏิบัติงาน	0.309*	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย
6. ค่าตอบแทน	0.331*	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย



อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกมากที่สุดต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อภิปรายได้ว่าการให้บริการแก่ผู้มารับบริการในหน่วยงานมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทำให้ทุกสหวิชาชีพในโรงพยาบาลต้องมีความร่วมมือร่วมใจกันในการปฏิบัติงานกับองค์กร กรอบกับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีนโยบายของหน่วยงานในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน และอภิปรายเพิ่มได้ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันกับเพื่อนร่วมงาน โดยการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ สนับสนุน พึงพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคลากรตั้งใจคงอยู่ในงานซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของพัชรกันต์ นิมิตรศศิกุลม, 2558⁽⁴⁾ กล่าวว่า ลักษณะความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากรและองค์กรทำให้เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับองค์กร มีความเต็มใจที่จะทุ่มเทในการปฏิบัติงานให้กับองค์กรอย่างเต็มความสามารถ และต้องการร่วมงานกับองค์กรไปในระยะยาว และสอดคล้องกับผลการวิจัย Porter et al. 1974 อ้างใน อนุรักษ์ วัฒนธาวรวงศ์, 2561⁽⁵⁾ กล่าวว่า บุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กร จะมีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรด้วยความเต็มใจ มีความทุ่มเท ความพยายาม และพร้อมที่จะใช้ความสามารถทำงานให้กับองค์กรได้อย่างเต็มที่

2. ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์ทางบวกมากที่สุดต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อาจเนื่องจากรูปแบบการบริหารงานในโรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาคุณภาพองค์กรด้านการให้บริการ โดยผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น เช่น หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างาน และหัวหน้าเวร มีการนิเทศและติดตามงาน ให้คำแนะนำ ปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงานกับผู้ใต้บังคับบัญชาทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของบุญใจ ศรีสถิตินราฎ, 2551⁽⁶⁾ กล่าวว่า การได้รับโอกาสจากผู้บังคับบัญชา ให้สามารถตัดสินใจในงานที่ได้รับมอบหมายตามขอบเขตหน้าที่ตามความรับผิดชอบ จะทำให้รับรู้ถึงควมมีอิสระในการปฏิบัติงาน มีการตัดสินใจในงานด้วยตนเอง ทำให้ปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Neubauser 2002 อ้างถึงใน สุริดา โดพันธานนท์, 2549⁽⁷⁾ พบว่า ผู้บังคับบัญชาที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง และผู้สอนงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงาน และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุระพันธ์ ยะกันฐะ, 2546⁽⁸⁾ กล่าวว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ทำให้เกิดความชัดเจนในเป้าหมาย ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีทิศทางการทำงานที่ชัดเจน และช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และประหยัดเวลา ประหยัดงบประมาณ

3. ปัจจัยการพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



อาจจะเนื่องจากหน่วยงานมีรูปแบบการพัฒนาบุคลากรบรรจุใหม่ ตั้งแต่เริ่มบรรจุรับราชการ โดยการปฐมนิเทศให้รับทราบกฎระเบียบ ข้อบังคับ แนวทางในการพัฒนาตนเองและการทำงานเป็นทีมและระหว่างปฏิบัติงาน หน่วยงานมีรูปแบบการฝึกอบรม ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในสังกัดอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีโอกาสดำเนินเรียนรู้ทักษะและการทำงานแบบมืออาชีพอยู่ตลอดเวลา จึงส่งผลให้ปัจจัยด้านการพัฒนาทักษะและประสบการณ์บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ Benner 1984, อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2551⁽⁶⁾ กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ทำงาน 1-2 ปี จำเป็นต้องได้รับการนิเทศ และสอนงานจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานสูง เพื่อให้มีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อนได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Mathis and Jackson 2006⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนขององค์กรให้บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะ ในการทำงานมีระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และสอนงาน รวมถึงการจัดการปฐมนิเทศสำหรับพนักงานใหม่ เพื่อส่งเสริมให้ได้เพิ่มพูนความรู้โดยการฝึกอบรม ทำให้พนักงานใหม่ปรับตัวเข้ากับงาน และทำให้มีความตั้งใจคงอยู่ในงานสูง

4. ปัจจัยความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อาจจะเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีนโยบายให้บุคลากรทุกกลุ่มวิชาชีพทุกระดับ ได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเองเพื่อก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้ทุกกลุ่มวิชาชีพมีการพัฒนาตนเองฝึกฝนทักษะในทุกด้านตามบทบาทหน้าที่ตามโอกาสที่ได้รับ จึงทำให้บุคลากรได้รับการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพในการทำงาน เกิดความก้าวหน้าตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของบุคลากรในระยะยาว ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกนกอร ยศไพบุลย์, 2538⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ความก้าวหน้าในงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงาน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Taunton et al. 1989⁽¹¹⁾ ที่พบว่า โอกาสในการได้รับการส่งเสริมความก้าวหน้าในงานเป็นปัจจัยการดำเนินงานการคงอยู่ในงาน

5. ปัจจัยค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อภิปรายได้ว่า การจ่ายค่าตอบแทนของบุคลากรในแต่ละตำแหน่งมีการกำหนดอัตราค่าจ้างไว้ชัดเจนอยู่แล้ว และในกระบวนการจ้างงานมีการชี้แจงอัตราเงินเดือน อัตราก้าวหน้าในการได้รับค่าตอบแทนแต่ละวิชาชีพชัดเจน จึงมีผลต่อปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชนในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Christina A. et al. 2009⁽¹²⁾ ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมของงานกับการจ่ายค่าตอบแทนของบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) พบว่า ความสมดุลระหว่างชีวิต และการทำงานไม่มีผลต่อการจ่ายค่าตอบแทน สามารถอภิปรายผลได้ว่า พนักงานที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ ของบริษัทการบินไทย



จำกัด (มหาชน) ซึ่งแต่ละตำแหน่งจะมีสมดุระหว่างชีวิตการทำงานแตกต่างกัน บุคคลที่จะเข้ามาทำงานในตำแหน่งดังกล่าว คือ บุคคลที่เข้าใจลักษณะการทำงานนั้นๆ เป็นอย่างดี อีกทั้งในแต่ละตำแหน่งมีการกำหนดอัตราเงินเดือนที่ชัดเจนอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นงานนั้นจะสามารถเลือกเวลาทำงานได้หรือไม่ก็ตาม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุริย์ ท้าวคำลือ, 2549⁽¹³⁾ ที่พบว่า ความพึงพอใจในค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน

6. ปัจจัยด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อาจเนื่องจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการที่ผู้บริหารองค์กรใช้ในการประเมินค่างานของผู้ปฏิบัติงานตามผลการดำเนินงาน และคุณลักษณะอื่นๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ตามกรอบระยะเวลาที่หน่วยงานกำหนด มีระบบการประเมิน และหลักเกณฑ์การประเมินเดียวกัน ภายใต้อายุธรรมและความถูกต้องตามกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ จึงส่งผลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กรในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของยุทธนา แซ่เดียว และทิพย์รัตน์ เลาหวีเชียร, 2560⁽¹⁴⁾ ศึกษาอิทธิพลของการบริหารผลงานต่อทัศนคติในการประเมินผล และพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน บุคลากรและผู้บริหารของรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในประเทศไทย ซึ่งพบว่า การบริหารผลงานมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจในพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของพนักงาน และแตกต่างจากผลการศึกษาของรัชชัย สมตระกูล, 2557⁽¹⁵⁾ เรื่อง ระบบการบริหารค่าตอบแทนของพนักงานธุรกิจดูแลรักษารถยนต์ที่มีผลต่อเป้าหมายรายได้ของธุรกิจ พบว่า นโยบายและการบริหารค่าตอบแทนส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในภาพรวม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งสามารถนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาจัดทำรูปแบบหรือส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของบุคลากรมาใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อจูงใจให้บุคลากรตัดสินใจดำรงอยู่ในองค์กรเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างขนาดสถานบริการที่แตกต่างกัน และกลุ่มวิชาชีพที่หลากหลายมากขึ้น ว่ามีผลการศึกษาแตกต่างกันหรือไม่
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเชิงลึกในแต่ละปัจจัยกับแต่ละกลุ่มวิชาชีพว่า มีผลการศึกษาแตกต่างกันหรือไม่



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย และได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาทุกระดับ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณ ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ท่านรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และบุคลากรสาธารณสุขทุกสายงาน ที่ให้ความกรุณาในการประสานการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ข้อมูลจากโปรแกรม HROPS ณ มกราคม 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hrops.moph.go.th/>
2. ประสพชัย พสุนนท์. (2555). การวิจัยการตลาด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ท็อป.
3. Tiensawad, S. (2019). Instrument Development for Nursing Research. Chiangmai: Siampimnana.
4. พัทธกันต์ นิมิตรศศิกุล. (2558) กระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
5. อนรรักษ์ วัฒนะถาวรวงศ์. ความผูกพันองค์กร (Organizational Commitment) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://anuruckwatanathawornwong.blogspot.com/2018/01/organizational-commitment.html>
6. บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2551). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล ในศตวรรษที่ 21. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. สุธิดา โตพันธานนท์. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มพนักงานมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. สุรพันธ์ ยะกัณฐะ. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. วิทยานิพนธ์ รปม. มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. Mathis, R. L. & Jackson, J. .H. (2006). Human Resource Management (10th ed.). Singapore: Seng Lee Press.
10. กนกอร ชสไพบุลย์. (2538). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต: สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



11. Taunton, R. L., Krampitz, S. D., & Wood, J. H. Manager Impact on Retention of Hospital Staff: Part 1. Journal of Nursing Administration 1989; 19(3).
12. Christina A. et al. Work environment risk factors for injuries in wood processing. Journal of Safety Research 2009; 40 (4): 247-255.
13. สุรีย์ ท้าวคำลือ. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. ยุทธนา แซ่เตียว และทิพย์รัตน์ เลาหวิเชียร. อิทธิพลของการบริหารผลงานต่อทัศนคติในการประเมินผลและพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ 2560; 16(1): 101-114.
15. ธวัชชัย สมตระกูล. (2557). ระบบการบริหารค่าตอบแทนของพนักงานธุรกิจดูแลรักษารถยนต์ที่มีผลต่อ เป้าหมายรายได้ของธุรกิจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยภูมิ

FACTORS ASSOCIATED WITH BOOSTER VACCINATION ON COVID-19 PREVENTION AMONG TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN CHAIYAPHUM PROVINCE

Received: August 31, 2023

Revised: November 29, 2023

Accepted: December 06, 2023

สุพัตรา หงษ์คำ¹, รชานนท์ งามใจรัก^{2*}

Supatta Hongkum¹, Rachanon Nguanjairak^{2*}

บทคัดย่อ

การได้รับวัคซีนเพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันมีความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรค และลดความรุนแรงจากโรคโควิด-19 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 575 คน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage stratified cluster random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์แบบพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เข็ม เป็นร้อยละ 76.87 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (AOR = 1.85; 95%CI: 1.17–2.92; p-value = 0.008) สิทธิการรักษาพยาบาล (AOR = 2.94; 95%CI: 1.05–8.33; p-value = 0.041) โรคประจำตัวรวม (AOR = 3.49; 95%CI: 1.43–8.53; p-value = 0.006) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (AOR = 2.86; 95%CI: 1.54–5.33; p-value = 0.001) จาก อสม. (AOR = 3.02; 95%CI: 1.20–7.58; p-value = 0.019) จากสื่อออนไลน์ (AOR = 1.89; 95%CI: 1.10–3.32; p-value = 0.021) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (AOR = 1.78; 95%CI: 1.14–2.77; p-value = 0.010)

คำสำคัญ: การควบคุมป้องกันโรค, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, โรคโควิด-19, วัคซีนเข็มกระตุ้น

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: rachanon.n@nrru.ac.th



Abstract

Immunization is important for preventing and controlling diseases and reducing COVID-19 severity. This cross-sectional analytical study aimed to study factors associated with booster vaccination on COVID-19 prevention among type 2 diabetes patients in Chaiyaphum Province. A total sample of 575 patients was selected by multi-stage stratified cluster random sampling. A structured questionnaire was used in data collection. The data was analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis.

The study result found the study received a booster vaccine to prevent COVID-19. More than or equal to 3 (76.87%). that the significant factors associated with COVID-19 vaccinated were age (AOR = 1.85; 95%CI: 1.17–2.92; p-value = 0.008), health insurance (AOR = 2.94; 95% CI: 1.05–8.33; p-value = 0.041), co-morbidity (AOR = 3.49; 95%CI: 1.43–8.53; p-value = 0.006), receiving information towards COVID-19 prevention from public health officers (AOR = 2.86; 95%CI: 1.54–5.33; p-value = 0.001), from village health volunteers (AOR = 3.02; 95%CI: 1.20–7.58; p-value = 0.019) and from online media (AOR = 1.89; 95%CI: 1.10–3.32; p-value = 0.021) and behaviors according to the D-M-H-T-T-A (AOR=1.78; 95%CI: 1.14–2.77; p-value =0.010).

Keywords: Disease prevention and control, Type 2 diabetes mellitus, COVID-19, Booster vaccine



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจ สามารถแพร่เชื้อได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม จากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อผ่านสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำตา น้ำลาย หรือผ่านฝอยละอองขนาดใหญ่จากทางเดินหายใจที่เกิดจากการไอ จาม การพูดคุย โดยผู้รับเชื้อส่วนใหญ่จะมีอาการได้ตั้งแต่ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยไม่รุนแรง จนถึงอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้ การดำเนินมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกมาตรการหลักปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค คือ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล (Distancing) สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย (Mask wearing) ล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือแอลกอฮอล์ (Hand washing) การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Temperature) ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (Testing) และการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ (Application) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ได้ปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพตนเองหรือจัดตั้งแวดล้อมในสถานที่ต่างๆ เพื่อป้องกันโรค นอกจากนี้ ยังเร่งรัดให้ประชาชนไปรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้มากที่สุด โดยมีการกำหนดให้การรับวัคซีนดังกล่าว ถือเป็นวาระแห่งชาติที่ต้องดำเนินการโดยเร่งด่วน เพื่อลดความรุนแรง และการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 เร่งสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้ประชาชนได้กลับมาดำเนินชีวิตตามปกติโดยเร็ว⁽¹⁾

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ก็คือ วัคซีน มีหลักฐานอ้างอิงสนับสนุนประสิทธิภาพของวัคซีนที่สามารถลดการแพร่ระบาด และส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ ลดลงอย่างมาก ทำให้บางโรคมีอุบัติการณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่บางโรคไม่พบอุบัติการณ์การแพร่ระบาดอีก⁽⁴⁾ จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า วัคซีนมีบทบาทสำคัญในการลดการแพร่ระบาดของโรค สถาบันวัคซีนแห่งชาติได้รายงานประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการกลายพันธุ์ พบว่า การได้รับวัคซีน ครบ 2 เข็ม ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ แต่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ร้อยละ 85.00 และหากได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 ในระยะเวลาที่เหมาะสม สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 68.00 และป้องกันการเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 98.00 และการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่ 4 เมื่อครบกำหนดการเข้ารับวัคซีนที่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้สูงถึงร้อยละ 82.00⁽¹⁰⁾

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูล ณ วันที่ 14 เมษายน 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อประเทศไทย พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 3,973,003 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ 24,134 ราย เสียชีวิตสะสม 26,510 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 สำหรับจังหวัดชัยภูมิ พบ ผู้ป่วยยืนยันรายใหม่ 218 ราย ติดเชื้อภายในจังหวัด 156 ราย ติดเชื้อจากนอกจังหวัด 62 ราย ทำให้มียอดผู้ป่วยสะสม 27,047 ราย เสียชีวิตสะสม 172 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.6⁽¹⁾



กอบกับรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม 608 ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2565 พบว่า ผู้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 76.40 เข็มที่ 2 ร้อยละ 72.80 เข็มที่ 3 มีอยู่เพียงร้อยละ 29.80 สำหรับกลุ่ม 608 ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 72.50 เข็มที่ 2 ร้อยละ 68.20 เข็มที่ 3 มีอยู่เพียงร้อยละ 17.40 เท่านั้น⁽¹¹⁾ จากผลการดำเนินงานด้านวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนกลุ่มเป้าหมายยังรับวัคซีนไม่ครอบคลุม อาจเป็นเพราะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียง หรือผลกระทบที่ตามมาหลังจากการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคของวัคซีน รวมถึงผลกระทบจากวัคซีนที่มีผลต่อโรคประจำตัว เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้มีโรคประจำตัว โรคเบาหวานถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดชัยภูมิ ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มเพียงร้อยละ 46.42 ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานนับเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญหากติดเชื้อโควิด-19 จะมีอาการรุนแรง และโอกาสเสียชีวิตมากกว่าปกติถึง 3 เท่า โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยมีการศึกษาทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคโควิด-19 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าคนปกติ⁽¹⁵⁾ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยภูมิ ทั้งนี้ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านวัคซีนป้องกันโควิด-19 ให้แก่กลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ประชากรของการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 67,448 คน⁽¹³⁾ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรที่ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) ตามสูตรของ Hsieh et al. (1998)⁽¹⁴⁾ ค่าตัวแปรสัดส่วนที่สนใจได้จากการศึกษาของ จิราพร บุญโท⁽³⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง



279.37 คน และปรับขนาดตัวอย่างจากอิทธิพลร่วมที่ทำให้ความแปรปรวนของค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance inflation factor (VIF) โดยกำหนดค่าเท่ากับ 0.50 ดังนั้น จึงได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เท่ากับ 560 คน

ต่อมาผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multistage stratified cluster random sampling) เริ่มต้นจากการสุ่มอำเภอจําแนกตามโซน (5 โซน) ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโซนละ 1 อำเภอ เป็น 5 อำเภอ จากนั้น สุ่มตำบลจําแนกเป็นในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลอย่างละ 1 ตำบล ด้วยการสุ่มอย่างง่ายได้ 10 ตำบล ต่อมาสุ่มเลือกตัวอย่าง จำนวน 560 คน จากรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ และมาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (2) อาศัยอยู่ในตำบลที่มีจำนวนหมู่บ้านตั้งแต่ 15 หมู่บ้านขึ้นไป (3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ หากเป็นผู้ที่ขาดสติสัมปชัญญะ และไม่สามารถสื่อสารได้ จะไม่ถูกเลือกเข้าสู่การศึกษาค้างนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป เป็นลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบหลายตัวเลือก (Checklist) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัวร่วม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค (D-M-H-T-T-A) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติบางครั้ง/ปฏิบัติประจำ) กำหนดค่าคะแนนตัวเลือกตั้งแต่ 1-3 คะแนน จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ จากค่าคะแนนสูงสุด 18 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน ตามเกณฑ์ของ Harold O Kiess⁽¹²⁾ คือ พฤติกรรมเหมาะสม (≥ 14 คะแนน) และพฤติกรรมไม่เหมาะสม (< 14 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การได้รับวัคซีนกระตุ้นการป้องกันโรคโควิด-19 มีลักษณะคำถามปลายเปิดให้ตอบตามความเป็นจริง แบ่งการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ ตามแนวปฏิบัติการให้วัคซีนโควิด-19 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดในปี พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ คือ ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น ≥ 3 เข็ม (เพียงพอ) และได้รับวัคซีนน้อยกว่า < 3 เข็ม (ไม่เพียงพอ)

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 โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน



พื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับหมวดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค ได้ค่าเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยการวิเคราะห์แบบพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression analyses) โดยพิจารณาตัวแปรอิสระจากการวิเคราะห์แบบรายตัวแปร (Bivariate analysis) นำเข้าสู่โมเดลเริ่มต้นของการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร จากนั้นลดตัวแปรอิสระที่มีค่า P-value to remove (Pr) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ออกทีละตัว ด้วยวิธี Backward elimination จนกระทั่งได้ตัวแปรอิสระที่คงอยู่ในโมเดลสุดท้ายที่เหมาะสมที่สุด และนำเสนอค่าสถิติ OR, Adjusted OR, 95%CI และ p-value ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบสหสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่า Tolerance (1/VIF) อยู่ระหว่าง 0.63–0.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-159-2565 ลงวันที่ 31 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2565

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยภูมิ ทั้งหมด 575 คน โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีอัตราการตอบแบบสอบถามกลับ (Response rate) เท่ากับร้อยละ 100 มีรายละเอียดผลการวิจัยตามกรอบแนวคิดเป็นดังนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.83 ซึ่งมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 51.48 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.96 มีรายได้เฉลี่ยต่อปีน้อยกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 82.61 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.39 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 76.87 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ร้อยละ 91.13 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 77.22 โดยโรคประจำตัวร่วมอันดับสูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.35 และด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 95.30



2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค (D-M-H-T-T-A) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเหมาะสม จำนวน 386 คน ร้อยละ 67.13 และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม จำนวน 169 คน ร้อยละ 32.87

3. การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เข็ม จำนวน 442 ร้อยละ 76.87 และได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 น้อยกว่า 3 เข็ม จำนวน 133 คน ร้อยละ 23.13

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ (Bivariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (OR = 2.17; 95%CI: 1.45–3.23; p-value = <0.001) ประกอบอาชีพนอกภาคการเกษตร (OR = 2.56; 95%CI: 1.30–5.00; p-value = 0.007) ประกอบอาชีพในภาคการเกษตร (OR = 1.85; 95%CI: 1.09–3.13; p-value = 0.023) สิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) (OR = 3.03; 95%CI: 1.16–7.70; p-value = 0.024) มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคไตเรื้อรัง (OR = 4.11; 95%CI: 1.74–9.70; p-value = 0.001) มีโรคประจำตัวร่วมเป็นโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคหอบ (OR = 2.70; 95%CI: 1.15–6.67; p-value = 0.023) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (OR = 2.75; 95%CI: 1.62–4.68; p-value = <0.001) จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (OR = 2.40; 95%CI: 1.08–5.30; p-value = 0.031) จากสื่อออนไลน์ (OR = 1.72; 95%CI: 1.12–2.63; p-value = 0.013) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคในระดับที่เหมาะสม (OR = 1.83; 95%CI: 1.23–2.73; p-value = 0.003) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบรายตัวแปร (n = 575)

ตัวแปร	จำนวน (n, %)	รับวัคซีนเข็ม กระตุ้น ≥ 3 เข็ม (%)	OR (95%CI)	p-value
อายุ (ปี)				
< 60 ปี	279 (48.52)	44.12	Ref.	
≥ 60 ปี	296 (51.48)	55.58	2.17 (1.45, 3.23)	<0.001
การประกอบอาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	139 (24.17)	26.70	Ref.	



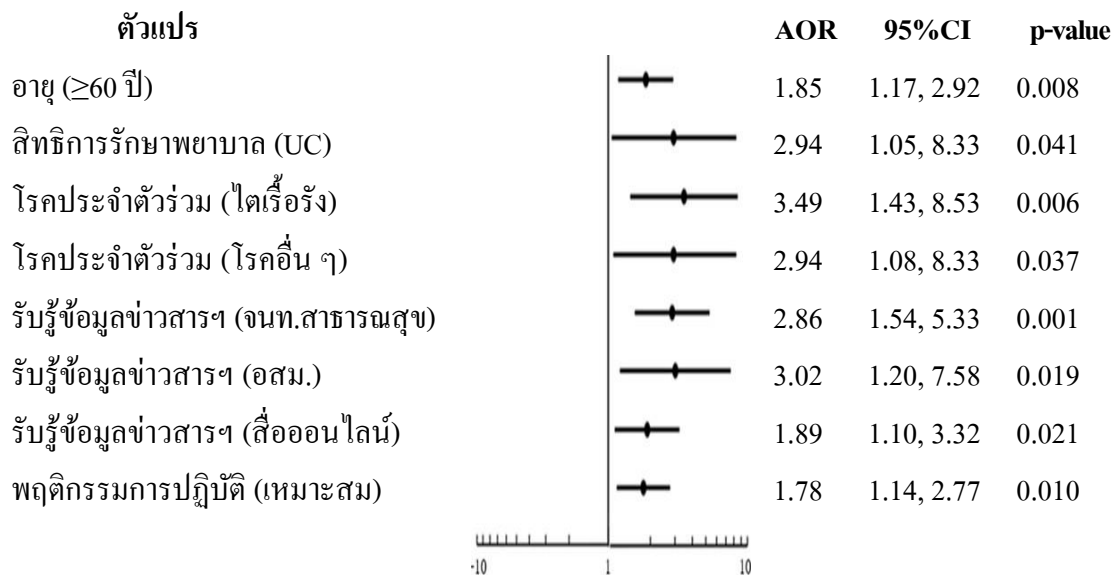
ตัวแปร	จำนวน (n, %)	รับวัคซีนเข็ม		p-value
		กระตุ้น ≥ 3 เข็ม (%)	OR (95%CI)	
นอกภาคการเกษตร ^a	74 (12.87)	11.54	2.56 (1.30, 5.00)	0.007
ในภาคการเกษตร	362 (62.96)	61.76	1.85 (1.09, 3.13)	0.023
สิทธิการรักษาพยาบาล				
Non UC ^b	51 (8.87)	10.41	Ref.	
UC	524 (91.13)	89.59	3.03 (1.16, 7.70)	0.024
โรคประจำตัวร่วม				
โรคไตเรื้อรัง				
ไม่มี	497(86.43)	83.71	Ref.	
มี	78 (13.57)	16.29	4.11 (1.74, 9.70)	0.001
โรคอื่น ๆ				
ไม่มี	552 (96.00)	97.06	Ref.	
มี	23 (4.00)	2.94	2.70 (1.15, 6.67)	0.023
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19				
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ไม่เคย	67 (11.65)	8.82	Ref.	
เคย	508 (88.35)	91.18	2.75 (1.62, 4.68)	<0.001
จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)				
ไม่เคย	27 (4.70)	3.62	Ref.	
เคย	548 (95.30)	96.38	2.40 (1.08, 5.30)	0.031
จากสื่อออนไลน์				
ไม่เคย	131 (22.78)	76.24	Ref.	
เคย	444 (77.22)	23.76	1.72 (1.12, 2.63)	0.013
พฤติกรรมปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค				
ไม่เหมาะสม	189 (32.87)	29.64	Ref.	
เหมาะสม	386 (67.13)	70.36	1.83 (1.23, 2.73)	0.003

^a อาชีพนอกภาคการเกษตร ประกอบด้วย ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และค้าขาย

^b สิทธิการรักษาพยาบาล Non UC ประกอบด้วย สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม



เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์หสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) โดยพิจารณาตัวแปรอิสระจากการวิเคราะห์แบบรายตัวแปร (Bivariate analysis) นำเข้าสู่โมเดลเริ่มต้นของการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร จากนั้นลดตัวแปรอิสระที่มีค่า p-value to remove (Pr) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ออกทีละตัว (Backward elimination) จนกระทั่งได้ตัวแปรอิสระที่คงอยู่ในโมเดลสุดท้ายที่เหมาะสม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (AOR = 1.85; 95%CI: 1.17-2.92; p-value = 0.008) สิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (AOR = 2.94; 95%CI: 1.05-8.33; p-value = 0.041) โรคประจำตัวร่วมกับโรคไตเรื้อรัง (AOR = 3.49; 95%CI: 1.43-8.53; p-value = 0.006) โรคประจำตัวร่วมที่เป็นโรคอื่นๆ เช่น โรคหอบ (AOR = 2.94; 95%CI: 1.08-8.33; p-value = 0.037) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (AOR = 2.86; 95%CI: 1.54-5.33; p-value = 0.001) จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (AOR = 3.02; 95%CI: 1.20-7.58; P = 0.019) จากสื่อออนไลน์ (AOR = 1.89; 95%CI: 1.10-3.32; p-value = 0.021) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค (AOR=1.78; 95%CI: 1.14-2.77; p-value = 0.010) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Forest plot ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร



สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เข็ม ร้อยละ 76.87 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ($p\text{-value} = 0.008$) สิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($p\text{-value} = 0.041$) โรคประจำตัวร่วมด้วยโรคไตเรื้อรัง ($p\text{-value} = 0.006$) โรคประจำตัวร่วมด้วยโรคอื่นๆ เช่น โรคหอบ ($p\text{-value} = 0.037$) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($p\text{-value} = 0.001$) จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($p\text{-value} = 0.019$) จากสื่อออนไลน์ ($p\text{-value} = 0.021$) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค ($p\text{-value} = 0.010$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อายุของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 อาจกล่าวได้ว่า ผู้มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีโอกาสได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เป็น 1.85 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่า แต่ละช่วงอายุเมื่อได้รับเชื้อโควิด-19 ส่งผลต่อความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยส่วนมากผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวมักมีอาการรุนแรง และมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ประกอบกับเป็นกลุ่มเป้าหมาย 608 ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ถูกจัดอยู่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนกลุ่มคนอายุน้อยกว่า ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากรกรุงเทพมหานคร ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19)⁽²⁾ ซึ่งพบว่า ประชากรที่มีอายุต่างกัน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 กล่าวได้ว่า สิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เป็นปัจจัยป้องกันของการได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 2.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า สิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานบริการได้ด้วยความไม่ยุ่งยากซับซ้อน เข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และไม่มีค่าใช้จ่ายในการรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับ



การศึกษาในกลุ่มผู้ที่ความเสี่ยงและผู้ป่วยด้วยโรค NCDs⁽⁷⁾ พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคประจำตัวร่วมด้วยโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมเป็นโรคไตเรื้อรัง มีโอกาสได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีโรคร่วมเป็นโรคไตเรื้อรัง เป็น 3.49 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมเป็นโรคไตเรื้อรัง เป็นกลุ่มเป้าหมาย 608 ที่มีความจำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพราะหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังติดเชื้อโควิด-19 จะมีความรุนแรงของโรครุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตได้ รวมถึงได้รับข้อมูลข่าวสาร การณรงค์เชิญชวนฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักส่งผลต่อการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19⁽⁹⁾ พบว่า โรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 10.34 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคประจำตัวร่วมด้วยโรคอื่นๆ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาทิ โรคหอบ มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 อาจกล่าวได้ว่า โรคประจำตัวร่วมอย่างเช่น โรคหอบ เป็นปัจจัยป้องกันของการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 2.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและติดเชื้อโควิด-19 จะเกิดความรุนแรงของโรครุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่า รวมถึงได้รับข้อมูลข่าวสาร การณรงค์เชิญชวนฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19⁽⁹⁾ พบว่า การมีโรคประจำตัว อย่างน้อย 1 โรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 5.07 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็น 2.86 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นว่า สามารถช่วยลดความรุนแรงและ



ลดโอกาสการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส⁽⁵⁾ พบว่า ผู้จำหน่ายอาหารได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายช่องทาง เช่น เพื่อน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิทยุ โทรทัศน์ เสียงตามสาย และสื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น ทำให้ผู้จำหน่ายอาหารมีความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 อาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีโอกาสได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น 3.02 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรด่านหน้าปฏิบัติงานในการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมอบหมายบทบาท อสม. “เกาะประตูบ้าน” ให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนแก่ประชาชนทุกหลังคาเรือน สำรวจ และลงทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีน พร้อมติดตามอาการข้างเคียง รายงานให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส⁽⁵⁾ พบว่า ผู้จำหน่ายอาหารได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายช่องทาง เช่น เพื่อน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิทยุ โทรทัศน์ เสียงตามสาย และสื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น ทำให้ผู้จำหน่ายอาหารมีความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อออนไลน์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 กล่าวคือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ เป็นปัจจัยป้องกันของการได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 1.89 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบันเป็นยุคอภิวัตน์ สื่อออนไลน์มีบทบาทในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงข้อมูลประสิทธิภาพของวัคซีนแต่ละประเภท และข้อมูลผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฉีดวัคซีนได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์⁽⁸⁾ พบว่า ประชาชนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยมีแหล่งที่มาของข่าวสารสูงสุด คือ สื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 84.26)

พฤติกรรม การปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกัน และควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกัน และควบคุมโรคที่เหมาะสม มีโอกาสได้รับ



ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถ อธิบายได้ว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้พฤติกรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนไป เนื่องจากต้องปรับตัวให้อยู่รอดในสภาพแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลให้พัฒนาทักษะ และ ความสามารถในการจัดการตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไปในทางที่เหมาะสม เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์⁽⁶⁾ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เป็น 1.85 เท่า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยภูมิ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่นๆ ภูมิภาคอื่นๆ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ หลากหลายและชัดเจนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยเป็นรูปแบบเชิงปฏิบัติการหรือรูปแบบทดลองกึ่ง ทดลองโดยมุ่งเน้นสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยดึงตัวแปรบุคคลสำคัญ เช่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ การป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 รวมถึงการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด-19 ในสถานการณ์การแพร่ ระบาดปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: ทีเอส อินเตอร์ พรินท์ จำกัด; 2564.
2. ขนิษฐา ชื่นใจ และบุณฑรา ปันทุรอมพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนา ไวรัส (Covid-19) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร [ปริญญานิพนธ์บริหารธุรกิจ สาขาการเงิน และการธนาคาร]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2564.
3. จิราพร บุญโท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วย โรคเรื้อรังโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารควบคุมโรค 2565; 48: 22-32.
4. บวรลักษณ์ ขจรฤทธิ์ และบุณฑรา ปันทุรอมพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกัน โควิด-19 ของประชากรในจังหวัดสมุทรปราการ [ปริญญานิพนธ์บริหารธุรกิจ สาขาการเงิน และการธนาคาร]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2564.



5. พรทิวา คงคุณ, ระวี แก้วสุกใส, รังสฤษฎ์ แวดือราแม, บุญยิ่ง ทองคุปต์ และมุฮัมหมัดไซค์ ซาและ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้จำหน่ายอาหารจังหวัดนราธิวาส. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564; 8: 133-145.
6. พิรวัฒน์ ตระกูลทวิสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2564; 3: 47-57.
7. รชานนท์ ่วนใจรัก, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และจิรณญา บุรีมาศ. ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพศึกษา 2565; 45: 116-127.
8. รังสฤษฎ์ แวดือราแม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564; 8: 80-92.
9. สุนทรทิพย์ ปัตติทานัง, อนุชา ไทวงษ์ และมลฤดี แสนจันทร์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565; 19: 197-206.
10. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. ประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น เข็ม 3 และ 4 จากการใช้จริง ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://nvi.go.th/>
11. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. ติดตามฉีดวัคซีน COVID-19 เขตสุขภาพที่ 1-13 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20220315060632.pdf
12. Harold O Kiess. Statistical concepts for the behavioral sciences. Boston: Allyn & Bacon; 1989.
13. Health Data Center (HDC). ประชากรผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
14. Hsieh et al. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine 1998; 17: p. 1623-34.
15. WHO. โรคโควิด 19 และปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/ncds/uniatf_policy-brief_ncds-and-covid_final_th.pdf?sfvrsn=5c166f07_3



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์

THE FACTORS INFLUENCING HIGH PERFORMANCE ORGANIZATION OF DISTRICT PUBLIC HEALTH OFFICERS IN KALASIN PROVINCE

Received: September 25, 2023

Revised: November 03, 2023

Accepted: December 17, 2023

นิสากร พลະสาร^{1*}

NISAKORN PALASARN^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางค์กรสมรรถนะสูง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 272 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนางค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางค์กรสมรรถนะสูง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ตามเกณฑ์การพัฒนางค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ในภาพรวมอยู่ในระดับกำลังพัฒนา(คะแนนเฉลี่ย 78.64) 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางค์กรสมรรถนะสูงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$, S.D.= 0.64) 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (X_3) และด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน (X_5) สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ ร้อยละ 59.9 ข้อเสนอแนะ ควรมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับสมรรถนะของผู้นำองค์กร และควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, องค์กรสมรรถนะสูง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: nisapls58@gmail.com



Abstract

The research was survey research Cross-sectional analytical study objective were to study the level of high performance organization, opinions of factors high performance organization development and study factors influencing high performance organization of district public health office in Kalasin Province. The sample size were 272 officials of district public health officers in Kalasin Province. Data were collected by questionnaires on opinions concerning the development guidelines for high performance organization MoPH-4T, and opinions concerning factors high performance organization development. The statistical analysis used included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research findings that 1) the level of high performance organizational capability, according to the MoPH-4T criteria, was at a developing stage (score of 78.64), 2) the overall opinions on factors contributing to high performance organizational capability were rated as high ($\bar{X}$ = 4.09, S.D. = 0.64), and 3) influential factors on high performance organizational capability, with significant impact at a level of 0.05, included transformational leadership (X_3) and working environment (X_5), which together could predict for 59.9%. The recommendations for improvement of the organizational development into high performance: the organization should focus on developing the potential of personnel to have the ability to transformational leadership continuously to enhance the competency of organizational leaders, and improved of appropriate working environment to enhance the performance.

Keywords: Factor influencing, High Performance Organization, District Public Health Office



บทนำ

ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบราชการ และพัฒนาการบริหารงานของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบการบริหารจัดการภาครัฐให้มีความทันสมัย ยกย่องหน่วยงานภาครัฐให้เป็นองค์กรที่มี จิตสมรรถนะสูง มีแนวคิดในการพัฒนาองค์กรให้มีการทำงานอย่างเปิดกว้าง และเชื่อมโยงถึงกัน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนเป็นองค์กรสมรรถนะสูงและทันสมัย โดยอาศัยปัจจัยหลัก ที่สำคัญจากการประสานทุกภาคส่วน มีการสร้างนวัตกรรมปรับเข้าสู่การเป็นดิจิทัลภายใต้หลัก ธรรมภิบาลการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี⁽¹⁾ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ.2556-พ.ศ.2561) กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการให้มีความทันสมัย บุคลากรมีความเป็นมืออาชีพ เพื่อนำมาเป็นเครื่องมือการบริหาร และนำมาพัฒนา หน่วยงาน เพื่อก้าวไปสู่การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง ดังนั้น เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบ และ เป็นการยกระดับคุณภาพมาตรฐานของหน่วยงานภาครัฐ จึงได้มีการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือผลักดันให้การพัฒนาระบบราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยได้ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพการจัดการภาครัฐ และส่งเสริมให้นำเกณฑ์ไปใช้ในการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการ เพื่อเป็นแนวทางที่จะพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเป็นองค์กรคุณภาพที่มีผลการปฏิบัติงานสูง⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบบริหารและระบบบริการด้านสุขภาพ ของประชาชน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 ได้มีการจัดทำแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T เพื่อพัฒนาองค์กรให้มีความสามารถในการบริหารจัดการองค์กร มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแนวทางดังกล่าว ถือเป็นกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อน การดำเนินงานขององค์กร เพื่อเป็นการยกระดับองค์กรให้สอดคล้องกับนโยบายที่สำคัญ และบรรลุ เป้าหมายสู่องค์กรสมรรถนะสูง⁽³⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีสำนักงานสาธารณสุข อำเภอในเขตรับผิดชอบ 18 แห่ง ในการดำเนินงานตามภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้บรรลุผลสัมฤทธิ์นั้น ได้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบราชการ ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาส่วนราชการ และหน่วยงานของรัฐสู่องค์กรที่มีจิตสมรรถนะสูง (High Performance Organization) จึงได้มีการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้ ประเมินตนเอง ในหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และมีการพัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว 5 ดาว 5 ดี เพื่อให้ประชาชนมีความพึงพอใจได้รับการบริการมีคุณภาพ ปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบราชการ



กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ที่สอดคล้องกับนโยบาย และทิศทางการดำเนินงานในการขับเคลื่อนนโยบายด้านองค์กร บุคลากร และการสื่อสารองค์กร เพื่อพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้เป็นองค์กรที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางที่กำหนด สามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง พัฒนางค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่ผ่านมา องค์ประกอบการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T⁽³⁾ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) Trust การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรและเครือข่าย 2) Teamwork & Talent การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงาน ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี 3) Technology การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และการสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็วแม่นยำ 4) Target การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และ 5) Result ผลลัพธ์การพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ส่วนปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ประกอบด้วย ปัจจัย 5 ด้านได้แก่ ด้านกลยุทธ์องค์กร ด้านพัฒนาบุคลากร ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน(Wall (2010)⁽⁴⁾, วารุณี ภูมิศรีแก้ว และคณะ (2566)⁽⁵⁾, สุนิสา ธิปัตย์ และคณะ (2563)⁽⁶⁾, ไสริยา สุภาพผล และคณะ (2564)⁽⁷⁾ จากความเป็นมา และความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปปรับใช้ในการกำหนดนโยบาย และการวางแผนยุทธศาสตร์ เพื่อยกระดับการพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) ดำเนินการเก็บรวบรวม ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ 18 แห่ง จำนวน 924 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครจซ์และมอร์แกน⁽⁸⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 272 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์กร โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p(1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p(1-p)} = \frac{3.841 \cdot 924 \cdot 0.5(1-0.5)}{0.05^2 (924-1) + 3.841 \cdot 0.5(1-0.5)} = \frac{887.27}{3.27} = 272$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

x^2 แทน ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

P แทน สัดส่วนของโอกาสที่เกิดคุณลักษณะที่จะวัด (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด 0.5)

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ไม่เกิน 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อใช้เก็บข้อมูล และแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดการวิจัย มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนาศูนย์สมรรถนะสูง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน, มาก 4 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, น้อย 2 คะแนน, น้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผล โดยนำคะแนนมาจัดระดับตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้ มากที่สุดช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00, มาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49, ปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49, น้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49, น้อยที่สุดช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ตามเกณฑ์ของ Likert⁽⁹⁾ **ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาศูนย์สมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับ 5 ค่าคะแนน 100 คะแนน, ระดับ 4 ค่าคะแนน 80 คะแนน, ระดับ 3 ค่าคะแนน 60 คะแนน, ระดับ 2 ค่าคะแนน 40 คะแนน, ระดับ 1 ค่าคะแนน 20 คะแนน การแปลผล โดยนำคะแนนมาจัดระดับตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้ เป็นองค์กรสมรรถนะสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 80.00-100.00, กำลังพัฒนาช่วงคะแนนเฉลี่ย 60.00-79.99, ต้องได้รับ



การสนับสนุน ช่วงคะแนนเฉลี่ย 40.00–59.99, ต้องเร่งปรับปรุงช่วงคะแนนเฉลี่ย 20.00–39.99 ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดมหาสารคาม จากนั้น วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับได้ผลค่า $\alpha = 0.982$

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยค่าสถิติที่ใช้ คือ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ระดับปัจจัยการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงตามเกณฑ์การพัฒนาศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยใช้สถิติ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบความสัมพันธ์กันเองระหว่างคู่ตัวแปร (Multicollinearity) ซึ่งพิจารณาจากค่า Variance Inflation Factor (VIF) และค่า Tolerance พบว่า ตัวแปรด้านกลยุทธ์องค์กร (X_1) ด้านการพัฒนาบุคลากร (X_2) ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (X_3) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (X_4) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน (X_5) มีค่า Tolerance ตามลำดับ ดังนี้ 0.402, 0.362, 0.214, 0.446, 0.637 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.2 และเมื่อพิจารณาค่า (VIF) ของตัวแปรทั้ง 5 ตัว มีค่าตามลำดับดังนี้ 2.487, 2.764, 4.671, 2.241, 1.570 ซึ่งมีค่าไม่มากกว่า 10 สามารถสรุปได้ว่า ไม่เกิดตัวแปรในลักษณะมีความสัมพันธ์กันเองระหว่างคู่ตัวแปร (Multicollinearity) และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยใช้ค่า R^2 ในการอธิบายอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (p-value) น้อยกว่า 0.05 ซึ่งในการวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ตัวแปรต้นหลายตัวแปรกับตัวแปรตามทีละตัวตามที่วิเคราะห์คะแนนโดยรวมของการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงโดยมีเทคนิคการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) วิเคราะห์ bivariate ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงโดยใช้สถิติ linear regression เพื่อคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 นำเข้าโมเดลการวิเคราะห์ multivariate และ 2) วิเคราะห์ multivariate เพื่อควบคุมตัวแปรอื่นที่มีอิทธิพลร่วม โดยใช้สถิติ multiple linear regression โดยใช้วิธี Stepwise



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสโครงการวิจัย KLS.REC 74/2566 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัยประโยชน์ และผลกระทบจากการวิจัยให้รับทราบ พร้อมแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย มิได้บังคับ

ผลการวิจัย

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่ เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60.70 อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.40 การศึกษาอยู่ในระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 66.50 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.80 และส่วนใหญ่มีตำแหน่งระดับผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 54.80

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ตามเกณฑ์การพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับกำลังพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ย 78.64 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านผลลัพธ์การพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง (Result) มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับการนำไปสู่องค์กรสมรรถนะสูง 85.42 รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี (Teamwork & Talent) ด้านการทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง (Target) และด้านการสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กร และเครือข่าย (Trust) อยู่ในระดับกำลังพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ย 77.37, 77.24, 77.09 ตามลำดับ และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ (Technology) อยู่ในระดับกำลังพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ย 73.54 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ตามแนวทางการพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

องค์กรสมรรถนะสูง MoPH-4T	คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
T1 Trust	77.09	ระดับกำลังพัฒนา
T2 Teamwork & Talent	77.37	ระดับกำลังพัฒนา
T3 Technology	73.54	ระดับกำลังพัฒนา
T4 Target	77.24	ระดับกำลังพัฒนา
Result	85.42	ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง
ภาพรวม	78.64	ระดับกำลังพัฒนา



3. ปัจจัยการพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.09, S.D.= 0.64) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดลำดับแรก คือ ด้านกลยุทธ์องค์กร ($\bar{X}$ = 4.38, S.D.= 0.70) รองลงมา คือ ด้านการพัฒนานวัตกรรม ($\bar{X}$ = 4.37, S.D. = 0.62) ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.79) และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X}$ = 3.87, S.D. = 0.83) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ($\bar{X}$ = 3.66, S.D. = 0.88) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง

ปัจจัยการพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านกลยุทธ์องค์กร (X_1)	4.38	0.70	มาก
ด้านการพัฒนานวัตกรรม (X_2)	4.37	0.62	มาก
ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (X_3)	4.15	0.79	มาก
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (X_4)	3.88	0.83	มาก
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน (X_5)	3.66	0.88	มาก
รวม	4.09	0.64	มาก

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ด้านที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (p -value < 0.05) รองลงมา คือ ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน (p -value < 0.05) ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณอยู่ในระดับสูง (R = 0.774) มีอำนาจในการพยากรณ์ ได้ร้อยละ 59.9 (R^2 = 0.599) ซึ่งสามารถเขียนสมการถดถอยเชิงเส้นแบบขั้นตอน ได้ดังนี้

(1) สมการคะแนนดิบ

(การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์) = 7.807 + 14.775 (ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง) + 2.429 (ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน)

(2) สมการคะแนนมาตรฐาน

Z การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ = 0.659 (Z ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง) + 0.128 (Z ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน)

รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรในการพยากรณ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยวิธี Stepwise

ปัจจัย	B	Beta	t	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (X ₃)	14.775	0.695	14.865**	0.000	0.767	0.588	0.586	-
สภาพแวดล้อมการทำงาน (X ₅)	2.429	0.128	2.728**	0.007	0.774	0.599	0.596	0.011
ค่าคงที่ 7.807, R= 0.774 , R ² = 0.599 , R ² adj. = 0.596v cxz , F = 198.588**								

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อยู่ในระดับ กำลังพัฒนา ปัจจัยการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลมากที่สุด และรองลงมา คือ ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายผลดังนี้

1. ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับกำลังพัฒนา ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ในปี 2566 การสื่อสาร ถ่ายทอดแนวทางการปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ บางส่วนยังขาดความรู้ และไม่เข้าใจตัวชี้วัด เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T จึงมีความจำเป็นต้องชี้แจงแนวปฏิบัติให้ชัดเจน และนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปปรับปรุงและพัฒนาในด้านต่างๆ ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดำเนินงานตามเกณฑ์พัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง MoPH-4T และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้มีการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูงที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า องค์กรสมรรถนะสูงเป็นองค์กรที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการองค์กร



ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด สามารถตอบสนองความต้องการผู้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน⁽³⁾

2. ปัจจัยการพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านกลยุทธ์องค์กร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม องค์กรไว้อย่างชัดเจน และมีการจัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการและกิจกรรมที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด และระดับประเทศ สามารถถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติในองค์กรซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของวารุณี ภูมิศรีแก้ว และธนวิทย์ บุตรอุดม (2564) ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของเทศบาลอุดรธานี ได้แก่ ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ด้านผลลัพธ์การดำเนินการตามลำดับปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงเทศบาลอุดรธานี ได้ร้อยละ 75.74 โดยด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกมีอำนาจในการพยากรณ์ในระดับมากที่สุด⁽⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของรินทร์ภัส สักดิ์ชัยวัฒนา, จันทรัมย์ ภูดิธวิวัฒน์ และอัจฉรา นิยมภา (2566) ซึ่งสรุปได้ว่ากลยุทธ์องค์กร ส่งอิทธิพลทางตรงต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยมีการส่งอิทธิพล คือ 0.26⁽¹⁰⁾ ส่วนปัจจัยที่อยู่ในระดับมากเป็นอันดับสุดท้าย ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ทั้งนี้ เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้ความสำคัญในการพัฒนาด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยมีการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก มีเครื่องมือ และอุปกรณ์อย่างเพียงพอ และมีคุณภาพในการทำงาน มีการจัดที่พักอาศัยให้บุคลากรเพียงพอตามความต้องการ ทำให้พนักงานมีแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของลัดดาวัลย์ ตำราญ, ไสริยา สุภาพล และนิมิตต์ สุขใจ (2564) ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านมิติสัมพันธ์ภาพ ด้านมิติความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และด้านมิติคงไว้ และการเปลี่ยนแปลงระบบงานส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานบริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน) มีอำนาจทำนาย ร้อยละ 72.00⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของลลิตา ปาลกุล และอรนันท์ กลันทปุระ (2565) ซึ่งสรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจสำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹²⁾

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (X_3) และด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน (X_5) สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้



3.1 ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอิทธิพลทางบวก หรือมีอำนาจในการพยากรณ์ในระดับมากที่สุด เนื่องจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการที่ผู้นำพยายามเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติงานให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความจงรักภักดี เกิดความไว้วางใจ และเชื่อถือในผู้นำ เกิดความมั่นใจในตนเอง มีความรับผิดชอบในงานที่ปฏิบัติ และอุทิศตนเพื่อองค์กร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาองค์กรที่มีสมรรถนะสูงเกิดประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนิสา ธิปัตย์, พร้อมพิไล บัวสุวรรณ และสุภารัตน์ สารสว่าง (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของกรมการแพทย์ทหารบก ซึ่งสรุปได้ว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของสมาชิกองค์กร และความผูกพันต่อองค์กร มีอิทธิพลทางตรงต่อองค์กรสมรรถนะสูง ของกรมการแพทย์ทหารบก และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กร มีอิทธิพลทางอ้อมต่อองค์กรสมรรถนะสูง โดยมีอิทธิพลผ่านสมรรถนะของสมาชิกองค์กร และความผูกพันต่อองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพล โพธิ์พูนศักดิ์ (2564) ซึ่งสรุปได้ว่า ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารโดยภาพรวมขององค์กรรัฐวิสาหกิจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นการใช้ปัญญา และการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์องค์กรสมรรถนะสูงขององค์กรรัฐวิสาหกิจ และส่งผลในทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹³⁾ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมุ่งเน้นแนวทางที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้บริหารให้สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีอุดมการณ์ มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาองค์กร ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการโน้มน้าวให้คนทำสิ่งต่างๆ ด้วยความสมัครใจ เป็นแบบอย่างที่ดีให้คนในองค์กรปฏิบัติตามได้ ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานแสดงออกถึงความรู้ความสามารถให้มีโอกาสพัฒนาตนเองให้ดีกว่าเดิม สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้คนในองค์กรตระหนักถึงความสำคัญในการทำงานเพื่อประโยชน์แก่องค์กร

3.2 ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน พบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอิทธิพลทางบวก หรือมีอำนาจในการพยากรณ์การพัฒนาองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในอันดับที่ 2 เนื่องจากการสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ให้มีบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาองค์กร การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรที่ทันสมัย และมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโสธยา สุภาพล และคณะ (2564) ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก พบว่า ปัจจัย



สภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน จังหวัดสุพรรณบุรี มีอำนาจทำนาย ร้อยละ 42.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของกวนาถ ภาคิเกียน และจิรพงษ์ จันทรงาม (2566) ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อม การทำงานมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการใช้งานระบบสารสนเทศทางการบัญชี สำนักงาน อัยการสูงสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁴⁾ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมี การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรมี คุณภาพชีวิตที่ดีสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อ การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น หากต้องการ พัฒนาให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นองค์กรที่มีขีดสมรรถนะสูง จึงควรมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรให้สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีอุดมการณ์ มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาองค์กร เป็นแบบอย่างที่ดีให้คนในองค์กรปฏิบัติตามได้ สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้คนในองค์กรตระหนัก ถึงความสำคัญการทำงานเพื่อประโยชน์แก่องค์กร และควรมีการปรับปรุงพัฒนาสภาพแวดล้อม การทำงานอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อ การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง เช่น ปัจจัยด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลง ด้านการเป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้ ด้านความผูกพันองค์กร เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยดังกล่าว อาจจะมีอิทธิพลต่อการเป็น องค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ที่ได้ ให้ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาใน การตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ ; 2562.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ.2556-2561). กรุงเทพฯ: วิชั่นพริ้นท์แอนคัมมิดี; 2556.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. De Waal, A.A. The characteristics of a high performance organization; 2010 [cited 10 Sep 2023]. Available from: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=931873
5. วารุณี ภูมิศรีแก้ว และธนวิทย์ บุตรอุดม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของเทศบาลนครอุดรธานี. วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ปริทัศน์ 2564; 9(1): 25-36.
6. สุนิสาร ธิปัตย์, พร้อมพิไล บัวสุวรรณ และสุภารัตน์ สารสว่าง. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของกรมแพทยทหารบก. วารสารสถาบันวิชาการป้องกันประเทศ 2563; 11(2) :103-118.
7. ไสริยา สุภาพผล, สุวรรณิ หงส์วิจิตร, ลัดดาวัลย์ ตำราญ, ชุติพร ลักษณะพิพัฒน์ และเพ็ญพิชชา โพธิากุล. ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสาร มจร.สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2564; 10(2): 211-225.
8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์ และพิสมัย เสรีจรกิจเจริญ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ทางการสาธารณสุข กรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์; 2560.
9. Likert, R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill. 1967.
10. รินทร์ถลัส ศักดิ์ชัยวัฒนา, จันทรศัม ภูติอริยวัฒน์ และอัจฉรา นิยมภา. การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2566; 6(3): 1244-1265.



11. ลัดดาวัลย์ ตำราญ โสธยา สุภาพล และนิมิตต์ สุขใจ. ปัจจัยวัฒนธรรมองค์กร และปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานบริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน) สาขาอุททอง. วารสารสังคมศาสตร์ 2564; 10(1): 76-85.
12. สถิตา ปาละกุล และอรนันท์ กลั่นทปฺระ. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจ สำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2565; 8(3): 162-175.
13. วัชรพล โพธิ์พูนศักดิ์. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงขององค์กรรัฐวิสาหกิจ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564; 11(2): 57-69.
14. ภูวนาถ ภาคีเคียนและจิรพงษ์ จันทรงาม. อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้งานระบบสารสนเทศทางการบัญชี สำนักงานอัยการสูงสุด. วารสารการบริหารจัดการและนวัตกรรมท้องถิ่น 2566; 5(7): 35-47.



ผลของโปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

THE EFFECTS OF HEALTH LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM

TO IMPROVE ANEMIA IN PREGNANCY

มกรารัตน์ หวังเจริญ^{1*}, จีรพรรณ ช่อนกลิ่น¹,

จุราพร สุรมานิต¹, อาภัสรา มาประจักษ์¹

Makararat Wanjaroen^{1*}, Jeerapan Sonklin¹,

Churaporn Suramanit¹, Apussara Maprajak¹

Received: November 13, 2023

Revised: December 08, 2023

Accepted: December 17, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดผลก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อระดับฮีมาโตคริต (Hct) และความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยกลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม 30 ราย ดูแลตามมาตรฐาน และกลุ่มทดลอง 30 ราย เข้าโปรแกรมฯ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทั้งนี้ โปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพ ความตระหนัก ร่วมกับผู้ดูแล บันทึกข้อตกลง และปฏิทินเตือนกินยา 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) คลังความรู้ แผ่นพับเมนูเสริมธาตุเหล็ก E book 4) ติดตามเยี่ยม ทำแบบประเมินการรับประทานยา และอาหาร 5) บันทึกความสำเร็จ โดยทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ก่อนหลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test, Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวัดความเข้มข้นของเลือดที่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์

ผลการศึกษา : ค่าเฉลี่ย Hct ก่อน-หลังในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ในขณะที่กลุ่มทดลองสามารถคงระดับของ Hct และมีแนวโน้มที่ค่าเฉลี่ย Hct สูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล

โปรแกรมฯ มีแนวโน้มช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และช่วยคงระดับ Hct ไม่ให้ลดลงได้

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ 7 ขอนแก่น

Reginal Health Promotion 7 Hospital

*Corresponding author E-mail: makara2523@gmail.com



Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of health literacy development program in pregnancy at prenatal care clinic gestational age between 12-20 weeks. They were divided 30 people for control group who have standard program. The treatment group 30 people received additional the 8 weeks health literacy development program and no different baseline characteristic between groups. The program consisted of: 1) Creating relationships between a pregnant woman and her caregiver, a medication agreement, and a reminder calendar. 2) Practice pregnant women provide information about anemia from a reliable source 3) E-book, Iron supplement menu 4) Online visit 5) Evaluation. Data were collected using a self-administered questionnaire and measure hematocrit at 20 weeks gestational and the statistics used for data analysis were paired t-test, independent t-test significance was considered at 0.05.

Results: In the control group hematocrit before and after, decreased with statistical significance, $p\text{-value} < 0.01$ Hematocrit levels in the treatment group were unchanged and tendency higher than the control group. Treatment group had a significantly higher mean score of six from seven dimensions of health literacy than before, with a statistical significance $p\text{-value} < 0.05$ except for access to knowledge and health services and a higher mean score than the control group.

The program has tendency to improve health literacy and effect able to maintain the level of hematocrit.

Keywords: pregnant women, iron deficiency anemia, health literacy



บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ และภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับปัญหาโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ ความสำคัญของภาวะโลหิตจาง คือ ขณะคลอดจะมีการเสียเลือด ส่งผลทำให้ความทนต่อการเสียเลือดได้ลดลงเข้าสู่ภาวะช็อก หมดสี ความดันโลหิตต่ำได้ง่าย หรือเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อทารกทำให้คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยได้⁽²⁾ สำหรับความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก ในปี 2019 พบร้อยละ 30⁽³⁾ สถานการณ์ภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ไทยจากรายงานของกรมอนามัย พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ร้อยละ 20-30⁽⁴⁾ ทั้งนี้ความต้องการธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากกว่าคนทั่วไป เพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นรวมถึงให้ทารก และรกของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งถือเป็นแหล่งอาหารในทารก ดังนั้น ธาตุเหล็กสะสมในร่างกายไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้ธาตุเหล็กเพิ่ม จากอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็ก และยาบำรุงเลือด⁽⁵⁾

จากการวิจัยเชิงสำรวจหลายงานวิจัย พบว่า ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากคนไข้ไม่ได้รับประทานยาบำรุงเลือดต่อเนื่อง รวมถึงรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็กไม่เพียงพอในการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง⁽⁶⁾ ตลอดจนมีการสำรวจในคลินิกฝากครรภ์ว่าสื่อที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ ได้แก่ วิดีโอสั้น รูปภาพอินโฟกราฟฟิก ข้อความสั้นเข้าใจง่าย⁽⁷⁾

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกระหว่างปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 17.53, 17.46 และ 23.65 ตามลำดับ และอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 26, 25.17 และ 20.82 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละของโลหิตจางกลับเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับข้อมูลสถานการณ์ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความชุกของโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกระหว่างปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 14.29, 12.23, 12.25 และอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 14.96, 14.43, 13.79 ซึ่งพบว่าความชุกของภาวะโลหิตจางในอายุครรภ์ 32 สัปดาห์สูงกว่าภาพรวมของจังหวัดขอนแก่น ทั้งที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานมีบริบทในคลินิกฝากครรภ์ต่างจากโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดขอนแก่น เนื่องจากสังกัดกรมวิชาการ เป็นต้นแบบของงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ เน้นการให้ความรู้มีโรงเรียนพ่อแม่ 2 ครั้ง มีพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ 17 คน มีนักโภชนาการประจำคลินิกฝากครรภ์ตลอด และมีสื่อจากกรมอนามัยหลายเรื่อง เช่น ก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก สามารถให้ความรู้ผู้ป่วยได้หลายช่องทาง รวมถึงมีเจาะเลือดเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงโลหิตจาง และโลหิตจางในอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ คือ ความเข้มข้นของเลือดที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่าร้อยละ 36 และโลหิตจางความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 33 จากการเก็บข้อมูลเฝ้าระวัง 3 ปี อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ พบว่า ปี 2563 ตรวจคัดกรอง 211 ราย พบโลหิตจาง 134 ราย ปี 2564 ตรวจคัดกรอง 215 ราย



พบโลหิตจาง 132 ราย ปี 2565 ตรวจคัดกรอง 205 ราย พบโลหิตจาง 132 ราย ทั้งนี้ได้มีการศึกษาถึงทดลองเรื่อง ประสิทธิภาพของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ดังกล่าว ตั้งแต่ 1 กันยายน 2562 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 73 ราย ตั้งแต่พบว่า เมนูเสริมธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียว ไม่มีความสำคัญทางสถิติในการลดปัญหาโลหิตจาง⁽⁸⁾

ในจังหวัดขอนแก่น มีการศึกษาวิจัยถึงทดลองจัดกิจกรรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผลของความเข้มข้นของเลือดในไตรมาสที่ 2 และ 3 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย⁽⁹⁾ ทั้งนี้หลักคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น ได้ตอบคำถาม แลกเปลี่ยน ตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรม บอกต่อ⁽¹⁰⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เข้ากับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อศึกษาผลต่อระดับฮีมาโตคริต และความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือในการดำเนินการ เพื่อแก้ไขปัญหาไปสู่การลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับฮีมาโตคริต และความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

1.1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์

1.2 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 6 ด้าน ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสาธารณสุข ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเอง

1.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาระดับฮีมาโตคริต ระหว่างก่อน และหลังการทดลอง



กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮิมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและโลหิตจางที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย มี 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1: สร้างสัมพันธภาพ ความตระหนัก โดยประชุมกลุ่มทดลอง และผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้แก่สามีและ/หรือ มารดาหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับทีมวิจัย แจกผลเลือดยาขบถบอค่าผลเลือดเป้าหมายที่ต้องการ และความห่างของผลเลือดหญิงตั้งครรภ์จากค่าปกติ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก แจกบันทึกข้อตกลง และปฏิทินเดือนกินยาร่วมกับผู้ดูแล แพทย์ และเภสัชกร

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 1, 2: เข้ากลุ่มสอนการเข้าถึงข้อมูลและความรู้เท่าทันสื่อ เข้ากลุ่ม สอนการค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ต

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 1, 4: สัปดาห์ที่ 1 ให้คลังความรู้ได้แก่ E book และแผ่นพับเมนูเสริมธาตุเหล็ก ที่กลุ่มผู้วิจัยผลิตขึ้น สัปดาห์ที่ 4 พบนักโภชนาการรายบุคคล

กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 3-7: ติดตามเยี่ยม หมอ online สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ ให้คำแนะนำ หญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ฝึกทักษะการสื่อสาร สัปดาห์ที่ 4 ทำแบบประเมินการกินยาและอาหาร และติดตามผลปฏิทินเดือนกินยา

กิจกรรมที่ 6 สัปดาห์ที่ 8: บันทึกความสำเร็จ ตรวจระดับฮิมาโตคริต ณ 20 สัปดาห์* แจกผลเลือด และให้คำแนะนำ หญิงตั้งครรภ์รายบุคคล แนะนำหญิงตั้งครรภ์ใช้ปฏิทินการกินยาต่อเนื่อง

ทั้งนี้ หลังทำกิจกรรมครบหญิงตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำใช้ E book เมนูอาหารเสริมธาตุเหล็ก และปฏิทินเดือนกินยา

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เรื่องโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์
2. ความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน
 - ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
 - ความรู้ความเข้าใจ
 - ด้านทักษะการสื่อสาร
 - ด้านการรู้เท่าทันสื่อ
 - ด้านทักษะการตัดสินใจ
 - ด้านการจัดการตนเอง
3. การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
4. ระดับฮิมาโตคริตที่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์

*หมายเหตุ: การตรวจระดับฮิมาโตคริต ณ 20 สัปดาห์ เป็นแนวทางมาตรฐานการดูแลที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ (Standard Practice) เพื่อเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง และนำเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Study) 2 กลุ่มวัดผลก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับฮีมาโตคริต และความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ระยะเวลาการให้ Intervention 2 เดือน ซึ่งอ้างอิงจากแนวทางการเสริมธาตุเหล็ก และการแก้ไขปัญหามหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่าการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กมีผลให้ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงขึ้น และภาวะโลหิตจางรักษาหายได้ภายใน 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการขาดธาตุเหล็กของแต่ละราย⁽¹¹⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และเสี่ยงโลหิตจางที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ในการดำเนินวิจัยเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling)

กลุ่มทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพฯ

กลุ่มควบคุม หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาของ สมภาพ สุรเดมียกุล และเกศินี สราญฤทธิชัย เรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมฯ ซึ่งพบว่า ค่ากลางของระดับฮีมาโตคริตหลังการศึกษาในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 34 และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 32 ประมาณค่าความแปรปรวนอยู่ที่ 2⁽¹⁰⁾ กำหนดระดับระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และระดับอำนาจในการทดสอบ 90%⁽¹²⁾ ดังนั้น คำนวณค่า n ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับอำนาจในการทดสอบ 90% คือ 1.282

σ_1^2, σ_2^2 = ค่าความแปรปรวนอ้างอิงจากการวิจัยของ สมภาพ สุรเดมียกุล และ

เกศินี สราญฤทธิชัย มีค่า 2 ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) ตั้งครรภ์เดียวที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังจากรับการแจ้งผลเลือดอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์
- 2) ค่าฮีมาโตคริต < 33% มีภาวะโลหิตจาง และ < 36% คือ ภาวะเสี่ยงภาวะโลหิตจาง



3) ผลการตรวจยืนยันธาลัสซีเมีย ไม่พบโรคธาลัสซีเมีย

4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนสิ้นสุดการทดลอง หรือครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามมาตรฐานเพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าว และปริกษา รศ.ดร. เกสินี สราญฤทธิชัย สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนางสมพร สุระเทมย์กุล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ แบบถูก-ผิด 2) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ โดยมี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านทักษะด้านการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อทักษะด้านการตัดสินใจ ทักษะด้านการจัดการตนเอง 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ตรวจสอบความเที่ยง จากผู้เชี่ยวชาญ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้ปรึกษาเจ้าของเครื่องมือวิจัยก่อนนำมาปรับใช้

กิจกรรมในโครงการ

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ 1: สร้างสัมพันธภาพ ความตระหนัก บันทึกข้อตกลง และปฏิทินเดือนกินยา ร่วมกับผู้ดูแล โดยประชุมกลุ่มทดลอง และผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ สามมีและ/หรือ มารดาหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับทีมวิจัย แจกผลเลือดรายบุคคล บอกค่าผลเลือดเป้าหมายที่ต้องการ

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 1, 2: สอนการเข้าถึงข้อมูล และความรู้เท่าทันสื่อ เข้ากลุ่มสอนการค้นข้อมูล

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 1, 4: คลังความรู้, E book ที่กลุ่มผู้วิจัยผลิตขึ้น, แผ่นพับเมนูอาหารเสริมธาตุเหล็ก พบนักโภชนาการรายบุคคล

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 2-7: ติดตามเยี่ยม หมอ online สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ทำแบบประเมินการกินยาและอาหาร ติดตามผลปฏิทินเดือนกินยาสัปดาห์ที่ 4



กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 8: บันทึกความสำเร็จ แจ้างผลเลือด และให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล แนะนำหญิงตั้งครรภ์ใช้ปฏิทินการกินยาต่อเนื่อง ทั้งนี้ หลังทำกิจกรรมครบหญิงตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำใช้ E book เมนูอาหารเสริมธาตุเหล็ก และปฏิทินเตือนกินยาอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และเปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างก่อน และหลังการใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test เทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดค่า $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รหัสโครงการ 070 เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2566 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิออกจากวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 28.47 ± 5.30 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 8.72 ± 2.33 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 29.00 ± 5.02 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 8.39 ± 1.98 สัปดาห์ ซึ่งคุณลักษณะทั่วไปทั้งในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคล น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานะอยู่กัสามี จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สถานะอยู่กัสามี ไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระดับฮีมาโตคริต พบว่า จากการเปรียบเทียบ ก่อน-หลังในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยระดับฮีมาโตคริต ไม่แตกต่างทางสถิติ โดยมีค่า $p\text{-value} = 0.090$ และเมื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $p\text{-value} < 0.01$ และเมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ทั้งนี้ความแตกต่างดังกล่าวยังไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า $p\text{-value} = 0.063$ ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้เกือบทั้งหมด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $p\text{-value} < 0.05$ มีเพียงด้าน



เดียว คือ ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างก่อน-หลังการทดลอง โดยมีค่า $p\text{-value} = 0.100$ ดังแสดงในตารางที่ 3

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างก่อนและหลังการดูแลตามมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้เกือบทั้งหมด ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการตัดสินใจ ทักษะด้านการจัดการตนเอง และการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ไม่แตกต่างทางสถิติระหว่างก่อน-หลัง แต่ใน 2 ประเด็น คือ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $p\text{-value} < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 4 และจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 7 ประเด็นมีแนวโน้มที่กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean±SD	28.47±5.30		29.00±5.02	
อายุครรภ์ (สัปดาห์) Mean±SD	8.72±2.33		8.39±1.98	
น้ำหนัก (กิโลกรัม) Mean±SD	58.41±10.57		57.49±8.65	
ดัชนีมวลกาย (BMI (กก./ม. ²)) Mean±SD	22.56±3.86		22.69±3.17	
การศึกษา				
ระดับประถมศึกษา	0	0.0	1	3.3
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.0	2	6.7
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	8	26.7	8	26.7
ระดับ ปวช. / ปวส.	8	26.7	11	36.7
ระดับปริญญาตรี	9	30.0	8	26.7
ระดับปริญญาโทขึ้นไป	2	6.7	0	0.0
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.3	4	13.3
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	16.7	8	26.6
รับจ้าง	10	33.3	9	30.0
เกษตรกรรวม	1	3.3	1	3.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	10	33.3	8	26.7



คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	26	86.7	24	80.0
เคยแท้งบุตร	8	26.7	7	23.3
อยู่ด้วยกันกับสามี	29	96.7	30	100.0
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	13	43.3	14	46.7
ครรภ์ที่ 2	9	30.0	10	33.3
ครรภ์ที่ 3	6	20.0	6	20.0
มากกว่าครรภ์ที่ 3	2	6.7	0	0.0

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ อายุครรภ์ น้ำหนักดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติแท้งบุตร ประวัติอยู่กันกับสามี และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระดับฮีมาโตคริต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบก่อน-หลัง ภายในกลุ่มเดียวกัน

ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต	ก่อน		หลัง		p-value เทียบก่อน-หลัง
	Mean	SD	Mean	SD	
กลุ่มทดลอง	33.67	1.68	33.02	2.09	0.090
กลุ่มควบคุม	33.55	1.79	31.96	2.21	<0.001*
p-value เทียบระหว่างกลุ่ม	0.784		0.063		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

ข้อมูลค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโครงการทดลองไม่ต่างกัน



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างก่อน และ
หลังการได้รับโปรแกรมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง

ประเด็นความรอบรู้กลุ่มทดลอง	ก่อน		หลัง		p-value เทียบ ก่อน-หลัง
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิต จางจากการขาดธาตุเหล็ก	14.97	2.01	16.17	1.09	0.007*
ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการ สุขภาพ	30.17	4.24	31.73	2.75	0.100
ทักษะด้านการสื่อสาร	21.80	3.26	23.33	2.58	0.037*
ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ	17.60	2.36	18.70	1.60	0.024*
ทักษะด้านการตัดสินใจ	28.13	2.81	29.20	1.35	0.035*
ทักษะด้านการจัดการตนเอง	22.50	2.76	23.90	1.77	0.012*
การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	47.17	4.65	49.47	3.96	0.026*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง พบว่า เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างก่อน และ
หลัง การดูแลตามมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม)

ประเด็นความรอบรู้กลุ่มควบคุม	ก่อน		หลัง		p-value เทียบ ก่อน-หลัง
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุ	15.47	1.48	16.00	1.44	0.018*
ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ	29.77	3.87	30.37	3.21	0.490
ทักษะด้านการสื่อสาร	21.90	3.34	22.37	2.95	0.402
ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ	17.30	2.12	18.07	1.86	0.047*



ประเด็นความรอบรู้กลุ่มควบคุม	ก่อน		หลัง		p-value เทียบ ก่อน-หลัง
	Mean	SD	Mean	SD	
ทักษะด้านการตัดสินใจ	28.47	2.08	28.77	1.70	0.556
ทักษะด้านการจัดการตนเอง	22.43	2.14	23.37	1.69	0.090
การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	46.93	6.16	48.43	3.39	0.171

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างก่อน และหลัง การดูแลตามมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) พบว่า เพิ่มขึ้น มีนัยสำคัญทางสถิติในแง่ความรู้ความเข้าใจและความรู้เท่าทันสื่อ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ประเด็นความรอบรู้หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	16.17	1.09	16.00	1.44	0.614
ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล และ บริการสุขภาพ	31.73	2.75	30.37	3.21	0.082
ทักษะด้านการสื่อสาร	23.33	2.58	22.37	2.95	0.182
ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ	18.70	1.60	18.07	1.86	0.162
ทักษะด้านการตัดสินใจ	29.20	1.35	28.77	1.70	0.278
ทักษะด้านการจัดการตนเอง	23.90	1.77	23.37	1.69	0.237
การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	49.47	3.96	48.43	3.39	0.282

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่พบความสำคัญทางสถิติ



อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมของผู้วิจัย พบว่า ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ 7 ด้าน พบว่า ในกลุ่มทดลอง สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $p\text{-value} < 0.05$ ยกเว้น 1 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการทางสุขภาพ ส่วนในกลุ่มควบคุม ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์ ทั้ง 7 ด้าน ก่อน และหลัง และพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการรู้เท่าทันสื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 7 ประเด็น มีแนวโน้มที่กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ผลการวิจัยในส่วนของระดับฮิมาโตคริต ที่พบว่า ในกลุ่มควบคุมค่าฮิมาโตคริตมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ระดับฮิมาโตคริตของกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มคงที่ จากสรีระวิทยาการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ เป็นช่วงความเข้มข้นของเลือดในช่วงไตรมาสที่ 2 ลดลงได้ หากปริมาณธาตุเหล็กสะสมไม่เพียงพอ⁽¹³⁻¹⁴⁾ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับฮิมาโตคริตของกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มสูงกว่าระดับฮิมาโตคริตของกลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงระดับฮิมาโตคริตเพิ่มขึ้น ผลส่วนหนึ่งมาจากโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจุดเด่นของโปรแกรม ได้แก่ คลังความรู้ที่ผู้วิจัยให้กับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ หนังสือ E book และแผ่นพับเมนูเสริมธาตุเหล็ก การกระตุ้นติดตามเยี่ยมจากผู้วิจัย ปฏิทินเตือนกินยา บันทึกข้อตกลงการกินยา ร่วมกับผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ และให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินพฤติกรรมการกินยา และอาหาร การตอบปัญหารายบุคคล ข้อจำกัดของโปรแกรมการตอบปัญหารายบุคคล ใช้เวลาในการวิเคราะห์ ตอบคำถาม หากนำไปขยายผลควรวางระบบ เพื่อให้ครอบคลุมในการตอบคำถาม หญิงตั้งครรภ์ทุกราย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมฯ ที่พัฒนาในไตรมาสแรกของหญิงตั้งครรภ์ ช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีผลต่อระดับฮิมาโตคริต พบว่า สามารถระดับฮิมาโตคริตในไตรมาสที่ 2 โดยอาจจะขยายผล หรือ ทำการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับฮิมาโตคริตปกติ เพื่อป้องกันภาวะซีดที่อาจเกิดขึ้น รวมถึง เน้นทักษะการเข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการด้านสุขภาพ และเพิ่มกิจกรรมเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ พญ.สิฏฐินิศา กิตติศิริวัฒนกุล ที่ปรึกษาให้คำแนะนำแนวทางการดำเนินการวิจัย อาจารย์กัญญา จันทร์พล, MSc (biostatistics) ที่ปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และ รศ.ดร. เกสินี สราญฤทธิชัย สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนางสมพร สุระเดมิย์กุล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต ปัจจุบันปฏิบัติงานแผนกส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำตลอดการวิจัย และสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณอาสาสมัครหญิงตั้งครรภ์ ที่ยินดี และให้ความร่วมมือในการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Buddhism and the health promotion [Internet]. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2018 [cited 2023 May 15]. Available from: [https:// www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018 /thai2018_8.pdf](https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018/thai2018_8.pdf). (in Thai)
2. Beckert RH, Baer RJ, Anderson JG, Jelliffe- Pawlowski LL, Rogers EE. Maternal anemia and pregnancy outcomes: A population-based study. TJOG 2019; 39: 911-9.
3. World Health Organization. Prevalence of anaemia in pregnant women [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2023 April 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/OHO/prevalence-of-anemia-in-pregnant-women>
4. Maternal and Child Health. Anemia in pregnant women reported. 2017-2019 (copy documents). Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Public Health Office; 2020. (in Thai)
5. Bureau of Nutrition Department of Health. Guideline the control and prevention of iron deficiency anemia [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Nutrition; 2013 [cited 2023 April 15]. Available from: <http://doh.hpc.go.th/data/mch/IDAControl.pdf>. (in Thai)
6. Tashara IF, Achen RK, Quadras R, D'Souza MV, D'Souza PJJ, Sankar A. Knowledge and self-reported practices on prevention of iron deficiency anemia among women of reproductive age in rural area. IJASR 2015; 1(7): 289-92.



7. Antenatal clinic and breast feeding clinic. Model for promoting health literacy about take iron supplement tablets in pregnant women and lactating women [Internet]. Nakhon Sawan: Hcalth Center 3 NakhonSawan; 2019 [cited 2023 April 20]. Available from: <http://km.hpc3.org/wpfb>. (in Thai)
8. วณิดา อุตตรนกร. ประสิทธิผลของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13: 475-483
9. สมภาพร สุระเดมิย์กุล พย.บ.เกศินี สราญฤทธิชัย ปร.ด. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพปีที่ 2564; 44: 41-54
10. Health Education Division Department of health service support Ministry of Public Health. Health literacy [Internet]. Nonthaburi: Health Education Division; 2011 [cited 2023 April 10]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/69>. (in Thai)
11. Archana M. Agarwal, Anton Rets. Laboratory approach to investigation of anemia in pregnancy. [Internet]. 2021 [cited 2023 April 10] Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com>
12. Bernard, R. (2000). Fundamentals of biostatistics (5th ed.). Duxbery: Thomson learning, 308.
13. Asavaritikrai W, Pangbupha B, Aroonpacmongkol S. Effectiveness of management system of iron deficiency anemia in pregnancy: A study in affiliated hospitals of health promotion center region 4. Region 4-5 Medical Journal 2014; 33(4): 249-60. (in Thai)



สมรรถภาพสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7

MENTAL STATUS AND FACTORS ASSOCIATED WITH MENTAL STATUS AMONG THE OLDER PERSONS IN ELDERLY SCHOOL: HEALTH REGION 7

Received: September 21, 2023

Revised: November 26, 2023

Accepted: December 22, 2023

ประภาศรี ทุมสิงห์^{1*}, กัญญา จันทร์พล¹, สดุดี ภูห่องไสย¹

Prapasri Thumsing^{1*}, Kanya Janpol¹, Sadudee Phuhongsai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถภาพสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 310 คน ในโรงเรียนผู้สูงอายุ 8 แห่ง สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้สถิติ Binary logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 69.6 ± 5.6 ปี อายุน้อย-มากที่สุด 60-86 ปี เพศหญิง ร้อยละ 82.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.3 การศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยม ร้อยละ 82.6 ปัจจุบันยังประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 54.2 สมรรถภาพสมองปกติ ร้อยละ 87.1 มีคะแนน AMT (Abbreviated Mental Test) อยู่ในช่วง 4-10 คะแนน ($\bar{X} = 8.5$, S.D. = 1.0) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุที่มากขึ้น การไม่ได้ประกอบอาชีพ และการมีโรคประจำตัว พบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

สรุปผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.9 ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุมีงานอดิเรก หรือกิจกรรมที่ทำในยามว่างซึ่งเป็นการส่งเสริมสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: สมรรถภาพสมอง, ผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงอายุ

¹ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen

*Corresponding author E-mail: Prapasri.t888@gmail.com



Abstract

This retrospective study aimed to examine the mental status and factors associated with the mental status of older persons in elderly schools within Health Region 7. The sample included individuals aged 60 years and above, totaling 310 people in 8 elderly schools. Simple random sampling was used, and data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression to determine correlations between variables.

The research found that the average age of the majority of the sample group was 69.6 ± 5.6 years, with a range from 60-86 years. Women comprised 82.3%, 50.3% were married, 82.6% had an education level below high school, 54.5% were still employed, and 54.2% had chronic diseases. A normal mental status was observed in 87.1% of the participants, with AMT (Abbreviated Mental Test) scores between 4-10 points ($\bar{X} = 8.5$, S.D. = 1.0). Significant factors influencing mental status ($p\text{-value} < 0.05$) included increasing age, unemployment, and having chronic diseases, suggesting a risk of dementia.

The study concluded that 12.9% of the older persons in elderly school in Health Region 7 were at risk of dementia. Therefore, it's recommended to promote health and prevent dementia, especially through modifiable factors like encouraging the elderly to engage in hobbies or leisure activities, which can help maintain their mental status.

Keywords: Mental status, Older persons, Elderly school



บทนำ

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ คาดว่า ในปี 2583 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่เปราะบาง มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อมอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ความสามารถทางสติปัญญาลดลง ซึ่งอัตราการพบโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น⁽²⁾

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วโลกชี้ชัดว่าโรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นปัญหาที่ท้าทายของทุกประเทศทั่วโลก ข้อมูลจาก Alzheimer's Disease International ในปี พ.ศ. 2562 คาดประมาณว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ทั่วโลกจะมีประมาณกว่า 50 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 152 ล้านคน ในอีก 30 ปี ข้างหน้า ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมการ และวางแผนอย่างดี เพื่อรับมือกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การคัดกรองในช่วงเริ่มต้น จึงมีความจำเป็นมาก เพราะการค้นหาผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของการรู้คิด (Cognitive Decline) เป็นการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อชะลออาการก่อนการเกิดโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นช่วงระยะที่สำคัญมาก⁽³⁾

ปัจจุบันการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยด้วยการประเมินการรู้คิดเป็นหนึ่งในสิบตัวชี้วัดสำคัญของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ที่ต้องรายงานในโปรแกรม JHCIS, HosxP และฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) โดยเป็นการคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี แบบทดสอบ AMT และ The Thai Version of the Mini Mental State Examination (Thai MMSE 2002) เป็นแบบคัดกรองการรู้คิดระดับประเทศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รายงานผลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้ประเมินเบื้องต้นหากได้ค่าคะแนน AMT ต่ำกว่า 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะการรู้คิดผิดปกติต้องส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดกรองเพิ่มเติมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai Version (MMSE-Thai 2002) รายงานตัวเลขจากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้เห็นว่า ประเทศไทยสามารถคัดกรองภาวะความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นมากจากร้อยละ 14.1 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 72.7 ในปี 2562⁽⁴⁾

ดังนั้น ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ อาทิเช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และผู้แทนจากโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตสุขภาพที่ 7 (กขป.7) ได้ร่วมขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุมาโดยตลอด เพื่อส่งเสริมพัฒนา



คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญและพลังของผู้สูงอายุ จึงได้ร่วมกันประเมินสมรรถภาพสมอง เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ซึ่งคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่ประเมินได้สามารถบอกถึงการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอ และป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 7 ขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective ใช้ข้อมูลที่เป็น Secondary data จากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ของกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564 โดยบูรณาการร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564 เพื่อชะลอ และป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 8 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ใน 4 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดละ 2 แห่ง รวม 8 แห่ง จำนวน 310 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน (Lwanga and Lemeshow, 1991)⁽⁵⁾ เพื่อตอบตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

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

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

p = สัดส่วนวัยสูงอายุที่มีสภาพสมองผิดปกติจากการประเมินโดยใช้แบบคัดกรอง

AMT ร้อยละ 26.28 อ้างอิงจากการศึกษาของ ของ กมลทิพย์ ดังหลักมันคง และคณะ⁽⁶⁾ เมื่อปี 2563

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้ไค้มาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ร้อยละ 5

ดังนั้นสามารถคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.2628 \times (1 - 0.2628)}{0.05^2}$$



$n = 298$ คน

$n = 298$ ราย + เพื่อข้อมูลขาดหาย 5% (ประมาณ 12 คน)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น = 310 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินสุขภาพทั่วไปประเมินโดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตและภาวะสมอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน โดยแบบประเมินด้านสุขภาพสุขภาพจิตเป็นแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ส่วนแบบประเมินภาวะสมองเป็นแบบประเมิน Abbreviated Mental Test (AMT) ซึ่งทั้งคัดลอกมาจากสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ⁽⁷⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาฯ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic)

2.1 วิเคราะห์สองตัวแปร (Univariate Analysis) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพต่อคะแนนสมรรถภาพสมอง ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher exact probability test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

2.2 วิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

****ทุกการทดสอบกำหนดค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ ****

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 052 ระยะเวลาการรับรอง ระหว่างวันที่ 20 มิถุนายน 2565–19 มิถุนายน 2566 ใช้ข้อมูลที่เป็น Secondary data จากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ของกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.3 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 51.6 (Mean = 69.6, S.D. = 5.6) สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.3 ระดับการศึกษาต่ำกว่า มัธยมศึกษา ร้อยละ 82.6 ส่วนใหญ่ปัจจุบันยังประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.5 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 96.1 มีโรคประจำตัวร้อยละ 54.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	60-69 ปี	160	51.6
	70-79 ปี	137	44.2
	80 ปี+	13	4.2
	Mean±SD	69.6 ± 5.6	
เพศ			
ชาย		55	17.7
หญิง		255	82.3
สถานภาพสมรส			
คู่		156	50.3
โสด หม้าย หย่า แยก		154	49.7
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา		256	82.6
มัธยมศึกษาขึ้นไป		54	17.4
อาชีพในปัจจุบัน			
ไม่ได้ทำงาน		141	45.5
ทำงาน		169	54.5
อยู่ลำพัง			
ไม่ใช่		298	96.1
ใช่		12	3.9
โรคประจำตัว			
ไม่มี		142	45.8
มี		168	54.2

2. สมรรถภาพสมอง จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนสมรรถภาพสมอง อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 87.1 ($\bar{X}$ = 8.5, S.D. = 1.0) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 คะแนนสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) ของกลุ่มตัวอย่าง

สมรรถภาพสมอง	จำนวน	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์ (>7)	270	87.1
เสี่ยงสมองเสื่อม (≤ 7)	40	12.9
Mean $\pm$ SD (8.5 $\pm$ 1.0)		

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมอง จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ อายุ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน และการมีโรคประจำตัว ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่กับครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมอง

ตัวแปร		สมรรถภาพสมองปกติ		เสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม		p-value
		(n = 270)	ร้อยละ	(n = 40)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	60-69 ปี	148	92.5	12	7.5	<0.001*
	70-79 ปี	115	83.9	22	16.1	
	80 ปี+	7	53.8	6	46.2	
เพศ	ชาย	48	87.3	7	12.7	0.966
	หญิง	222	87.1	33	12.9	
สถานภาพ	คู่	138	88.5	18	11.5	0.437
สมรส	หม้าย/หย่า/ แยก	132	85.1	22	14.9	
ระดับ	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	216	84.2	40	15.8	0.572 ^F
การศึกษา	มัธยมศึกษาขึ้นไป	54	100	0	0.0	
อาชีพใน	ไม่ได้ทำงาน	115	77.4	26	22.6	<0.001*
ปัจจุบัน	ทำงาน	155	90.4	14	9.6	
อยู่ลำพัง	ไม่ใช่	260	87.3	38	12.7	0.282
	ใช่	10	83.3	2	16.7	
โรค	ไม่มี	130	91.5	12	8.5	0.032*
ประจำตัว	มี	140	83.3	28	16.7	

หมายเหตุ *ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 , p-value from Chi-Square Test ยกเว้น F p-value from Fisher's Exact Test



4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมได้แก่

- 1) อายุที่เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุระยะกลางมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุระยะต้น 2.4 เท่า ($p\text{-value} < 0.024$, $95\%CI = 1.1-4.8$) ผู้สูงอายุระยะปลายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุระยะต้น 10.6 เท่า ($p\text{-value} < 0.001$, $95\%CI = 3.1-36.5$)
- 2) การศึกษา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำรงระดับมัธยมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยม 2.2 เท่า ($p\text{-value} < 0.035$, $95\%CI = 1.1-4.4$)
- 3) การไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังประกอบอาชีพ 2.5 เท่า ($p\text{-value} < 0.009$, $95\%CI = 1.3-5.0$)
- 4) การมีโรคประจำตัว กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 2.2 เท่า ($p\text{-value} < 0.035$, $95\%CI = 1.1-4.4$)

ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม เมื่อวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis)

ตัวแปร	Crud OR (95%CI)	p-value	Adjusted odds ratio	p-value
อายุ 60-69 (ref)				
70-79	2.36 (1.12-4.79)	0.024*	2.19 (1.03-4.66)	0.042*
80 ปีขึ้นไป	10.57 (3.06-36.49)	<0.001*	10.17 (2.81-36.80)	<0.001*
การศึกษาดำรงระดับมัธยม	9.75 (1.31-72.56)	0.026*	-	-
ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน	2.50 (1.25-5.01)	0.009*	2.03 (0.99-4.16)	0.054*
มีโรคประจำตัว	2.17 (1.06-4.44)	0.035*	2.15 (1.01-4.59)	0.047*

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.6 ± 5.6 ปี อายุน้อย-มากที่สุด 60-86 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.3 การศึกษาดำรงระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 82.6 ปัจจุบันยังประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.2 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 96.1 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.1 มีสมรรถภาพสมองปกติ โดยมีคะแนน AMT (Abbreviated Mental Test) อยู่ในช่วง 4-10 คะแนน ($\bar{X} = 8.5$, $S.D. = 1.0$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุที่มากขึ้น



การไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน และการมีโรคประจำตัว พบว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่วนมากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีเพียงการประกอบอาชีพในปัจจุบันเท่านั้น ที่เป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากผลการวิจัยนี้ เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ทำในยามว่างซึ่งเป็นการส่งเสริมสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

1. สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ

จากการศึกษานี้ พบว่า สมรรถภาพสมองผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนสมรรถภาพสมองอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 87.1 ($\bar{X} = 8.5$, S.D. = 1.0) อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านอายุที่ส่วนมากอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 51.6 ซึ่งในวัยนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายยังไม่มากนัก การทำงานของเซลล์ประสาท และสมองยังคงทำงานได้ดี นอกจากนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านการประกอบอาชีพในปัจจุบัน ซึ่งจากการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากยังคงทำงานประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมทางกายมีผลต่อทั้งโครงสร้าง หน้าที่ และการทำงานของารรู้คิด สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ (2560) ศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น และผลการศึกษา พบว่า สมรรถภาพสมองผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁽⁸⁾

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมอง

อายุ จากผลการศึกษานี้ พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้สมรรถภาพสมองลดลง การทำงานด้านสติปัญญาของบุคคลจะยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 50-60 ปี หลังจากนั้นจะเสื่อมลงเรื่อยๆ น้ำหนักสมองจะลดลงทีละน้อย ช่วงแรกจะสูญเสียสมองส่วนสีขาว (white matter) โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า⁽⁹⁾ เนื่องจากการสูญเสียเซลล์ประสาท และปริมาณน้ำในเซลล์ส่งผลให้เกิดช่องในสมอง ความหนาของเปลือกสมอง (cortex) ลดลง จำนวนเซลล์ประสาทลดลง เมื่ออายุมากขึ้นตัวเซลล์ประสาทจะมีขนาดเล็กลง และลีบลง⁽¹⁰⁾ ร่วมกับกระบวนการสูงอายุ ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบ ส่งผลให้อัตราการไหลเวียนเลือดในบริเวณสมองลดลง การเผาผลาญออกซิเจน และกลูโคสในสมองลดลงมีการทำลายเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น ทำให้สมองบางส่วนเกิดการฝ่อโดยเฉพาะกลีบสมองส่วนหน้าที่ทำหน้าที่ด้านความคิด ความจำ สติปัญญา ความรับผิดชอบ และการอ่าน โดยที่การรู้คิดด้านความจำระยะสั้นจะเริ่มเสื่อมถอยเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ



การแก้ปัญหา การเรียนรู้สิ่งใหม่ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 79 ปีขึ้นไป⁽¹¹⁾

การไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การประกอบอาชีพในปัจจุบันหรือการมีกิจกรรมทางกาย มีผลต่อทั้งโครงสร้าง หน้าที่ และการทำงานของความรู้คิด ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายที่สูงขึ้น และกระตุ้นกระเจิงในผู้สูงอายุแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของปริมาณฮิปโปแคมปัส (hippocampal) คอร์เทกซ์กลีบหน้าผากส่วนหน้า (prefrontal cortex) และเบซอลแกงเกลีย (basal ganglia) การเชื่อมต่อของสมองทำงานได้ดีขึ้น สมองส่วนสีขาว (white matter) มีความสมบูรณ์มากขึ้น การทำงานของสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเพิ่มการขยายตัวของเส้นใยประสาท และเส้นเลือดฝอยทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น และทำให้สมองทำงานได้ดีขึ้น⁽¹²⁾ และช่วยป้องกันการเสื่อมของเซลล์ประสาท เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการรู้คิด (cognitive function) และช่วยลดการการเกิดความรู้คิดเสื่อมถอยได้ (cognitive decline)⁽¹³⁾ มีผลต่อการรู้คิดด้านการบริหารจัดการ ความจำความเร็วในการประมวลผลและการจดจ่อใส่ใจ⁽¹²⁾ โดยพบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลง เป็น 3.0 เท่า ($95\% \text{ CI} = 1.2\text{-}7.5$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Engeroff T. และคณะ (2019) การมีกิจกรรมทางกายเป็นเวลา 2-3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ก็มีผลต่อการรู้คิดด้านการจดจ่อใส่ใจ การทำงานของความจำและความจำ

การมีโรคประจำตัว จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.032$) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคร่วมหลายโรค ทั้งโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้ต้องรักษาโดยใช้ยาร่วมกันหลายขนาน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การใช้ยาร่วมกันหลายขนานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อม และความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย นอกจากนี้ จากรายงานการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา พบความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง โดยพบอุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น 2 เท่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพบภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคอัลไซเมอร์⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในวัยกลางคนทำให้การรู้คิดเสื่อมถอยเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ โดยถ้าได้รับการรักษาจะลดโอกาสเสี่ยงจาก 4.3 เท่าเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูง โดยความดันโลหิตสูงมีผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อการลดลงของความสามารถของสมอง



ทางตรง คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจะมีการลดลงของปริมาตรสมอง น้ำหนักสมอง และพบมีการเพิ่มขึ้นของรอยโรคชนิดที่พบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์สำหรับผลทางอ้อมเกิดจากการที่เกิดหลอดเลือด ตีบแข็ง และเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม⁽¹⁵⁾ เพิ่มขึ้นเป็น 11.6 เท่า (95% CI = 3.3-40.9)⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้ จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 12.9 ซึ่งถือว่าสูง ควรมีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอหรือป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยกิจกรรมอาจพิจารณาเน้นดำเนินการในกลุ่มที่เป็นเสี่ยงก่อน และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ไปใช้เป็นข้อมูลวางแผนการดำเนินงาน และแนวทางป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อไป
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดสมองเสื่อม ทั้งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ และเปลี่ยนแปลงไม่ได้ มากกว่านี้ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเพิ่มการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนผู้สูงอายุทุกท่าน ภาาีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 7 และผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ช่วยเหลือ และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2566. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/1962>
2. กรมอนามัย. กรมอนามัย ครบรอบ 71 ปี เน้น 7+1 เทคนิค ป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/1003662/>
3. Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. Geriatric Screening and Assessment Tool Kit. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2015.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ. นนทบุรี: กองแผน กรมอนามัย; 2563.



5. Lwanga SK., And Lemeshow S. Sample Size determination in health studies: A practical manual. Geneva 1991; 25-42.
6. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ. การพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020; 7(3): 99-114.
7. ล้านก่อนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์ แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2559.
8. กรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ. สมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย. พยาบาลสาร 2560; 44(2): 1-11.
9. Miller, C.A. Nursing for wellness in older adult. [internet]. 2012 [cited 2021 November 11]. Available from: https://www.academia.edu/27665300/miller_Nursing_for_Wellness
10. Shing, Y. L., Werkle-Bergner, M., Brehmer, Y., Viktor, M., Lia, S.C., & Lindenberger, U. Episodic memory across the lifespan: The contributions of associative and strategic components. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2010; 34(7): 1080–1091.
11. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2554.
12. Erickson, K. I., Hillman, C. H., & Kramer, A. F. Physical activity, brain, and cognition. Current Opinion in Behavioral Sciences. 2015; 4: 27-32.
13. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2551.
14. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกันการประหม่นและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2556.
15. Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. Alzheimer's & Dementia. 2015; 11(6): 718–726.
16. วิลาสินี สุราวรรณ. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอหนองน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 10(2): 58–69



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของจังหวัดกาฬสินธุ์

THE DEVELOPMENT MODEL TO THE DEVELOPMENTAL PROMOTION OF CHILDREN AGED 3-5 YEARS BY PARTICIPATORY LEARNING PROCESS OF KALASIN PROVINCE

Received: September 26, 2023

Revised: November 29, 2023

Accepted: December 17, 2023

อภิชัย ลิมานนท์¹, คงฤทธิ วันจรรณ^{2*}, สม นาสอัน²

Apichai Limanond¹, Khongrit Wancharoon^{2*}, Som Na Sa-an²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กอายุ 3-5 ปี และผู้เลี้ยงดูหลัก จำนวน 56 คู่ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ เดือนตุลาคม 2565-กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือ DSPM แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการของผู้เลี้ยงดู สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยหลังการทดลอง 89.5% , ความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลอง 2.75 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.17-5.33, p-value = 0.037) และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง 17.32 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 11.6-23.03, p-value < 0.001)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการบูรณาการกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในหลักสูตรสาระการเรียนรู้ เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ต่อเนื่องทุกช่วงวัย

คำสำคัญ: กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การพัฒนาแบบ, การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Khon Kaen Provincial Public Health Office

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: krwcr5954@gmail.com



Abstract

The purpose of this research is to study the results of the process of promoting the development of children aged 3-5 years with participatory learning processes in Kalasin Province. It is research and development. Data were analyzed quantitatively. The sample consisted of 56 pairs of children aged 3-5 years and their primary caregivers using a multistage sampling method. Implementation period: October 2022-July 2023. The research tools include the DSPM manual, emotional intelligence assessment form and a behavioral measure to promote development of caregivers. Statistics used in the research include frequency, percentage, mean, standard deviation and statistics test differences within groups with Paired t-test.

The results of the research found that the model for promoting child development with family participation and participatory learning among those involved in the community. Resulting in children having 89.5% of appropriate development after the experiment, emotional intelligence 2.75 points higher than before the experiment with statistical significance (95% CI = 0.17-5.33, p-value = 0.037) and parents' behavior promoting child development. The overall average score was 17.32 points higher than before the experiment, with statistical significance (95% CI = 11.6-23.03, p-value < 0.001).

Recommendations: The process of promoting child development should be integrated by involving families in the learning curriculum. To promote continuous development of children in early childhood development centers at all ages.

Keywords: participatory learning process, development of a Model, child development Promotion



บทนำ

จากสถานการณ์สภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัยของจังหวัดกาฬสินธุ์ ยังพบเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้า และเด็กมีระดับความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligent Quotient : IQ) ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล ซึ่งจากผลการสำรวจระดับสติปัญญา (IQ) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี 2554, ปี 2559 และปี 2564 (เป้าหมาย 100 จุด) พบว่า ค่าเฉลี่ย IQ ทั้งประเทศ เท่ากับ 98.59, 98.23 และ 102.8 จุด เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 94.16, 94.28 และ 100.5 จุด ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ IQ เฉลี่ย 93.78, 93.33 และ 101.49 จุด ตามลำดับ⁽¹⁾ และในปี 2563-2565 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 84.4, 94.4 และ 92.2 (เกณฑ์ ≥ 90) มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 29.0, 41.5 และ 33.7 (เกณฑ์ ≥ 20) เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ 85.7, 90.4 และ 89.5 (เกณฑ์ ≥ 90) และเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.5, 84.4 และ 85.7 (เกณฑ์ ≥ 85) ตามลำดับ ส่วนภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 62.1, 61.1 และ 64.1 (เกณฑ์ ≥ 66) ตามลำดับ⁽²⁾ ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีปัญหาและส่งผลต่อพัฒนาการและระดับสติปัญญาของเด็ก คือ การเลี้ยงดู (Parenting) ซึ่งผู้เลี้ยงดูหลัก ยังขาดความรู้สุขภาพด้านทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะช่วงวัยเด็กเล็ก ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องการความเอาใจใส่ ให้ความสำคัญในการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ⁽³⁾

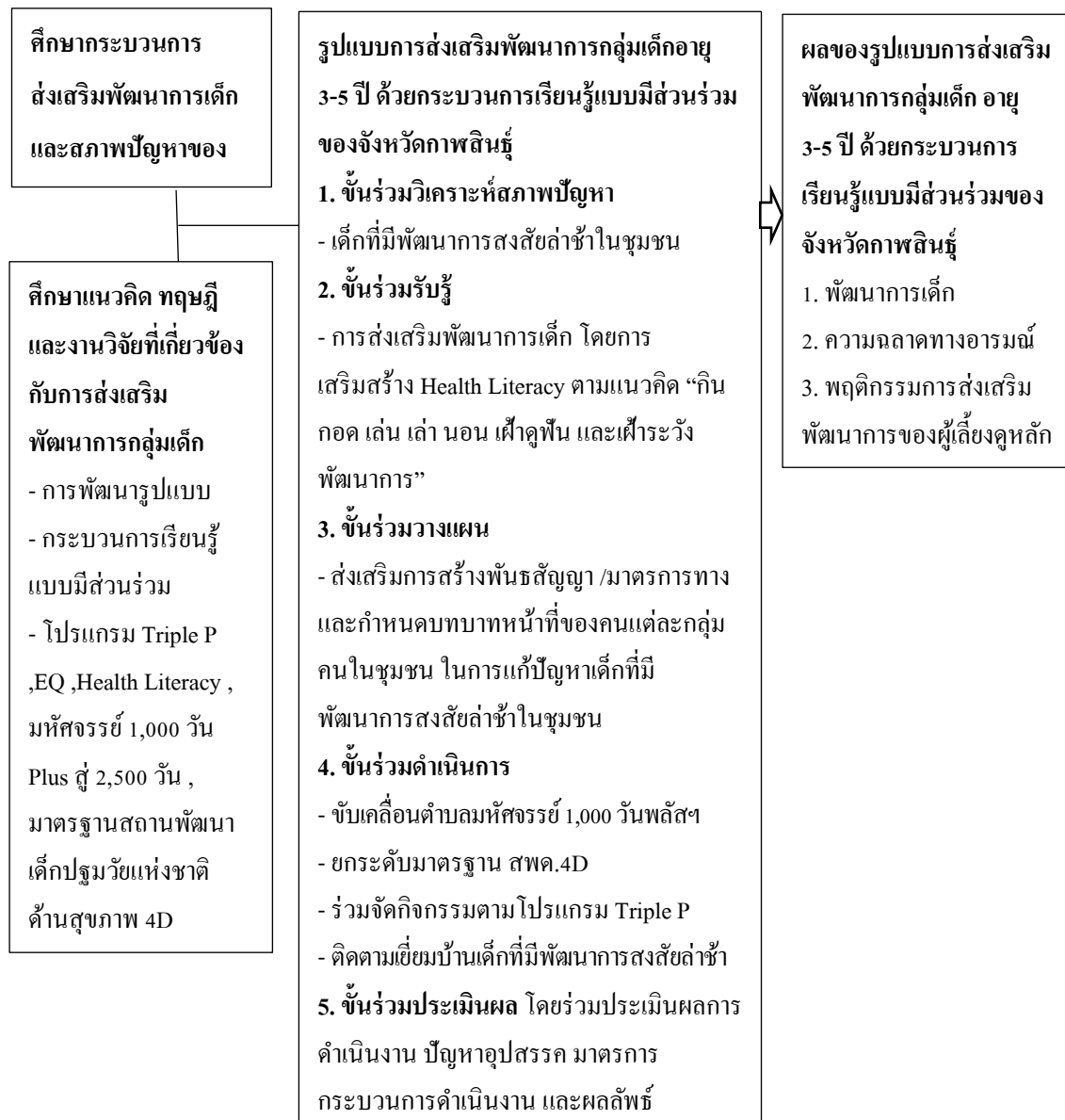
การดำเนินงานเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เน้นตามภาระงานประจำ (Routine) ผ่านคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic : WCC) เท่านั้น โดยดำเนินการคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็ก ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ในกลุ่มเป้าหมายเด็กที่อายุครบ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกช่วงอายุที่ต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2564-2570 เด็กปฐมวัยทุกคนต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้าน และเต็มตามศักยภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วม และการระดมทรัพยากรที่เพียงพอต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พร้อมส่งผลต่อผลเมืองคุณภาพของชาติ และพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2562 มาตรา 6 ให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง มีการกิจกรรมร่วมกันดำเนินการเพื่อให้มีการพัฒนาเด็กปฐมวัย และดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจัดให้เด็กปฐมวัยซึ่งอยู่ในความดูแล ได้รับการพัฒนาตามมาตรฐาน และแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย⁽⁴⁾ จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการแก้ปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และระดับเขาวนปัญญาต่ำ โดยการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 เพื่อให้เด็กกาฬสินธุ์ทุกคนมีโอกาสเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ มีพัฒนาการสมวัยตามช่วงวัย รวมถึงทักษะการเลี้ยงดูแบบมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง สามารถขยายผลความสำเร็จสู่การเรียนรู้ของพื้นที่อื่นได้ต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดกาฬสินธุ์
2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
3. ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
4. ประเมินรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของจังหวัดกาฬสินธุ์



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ เด็กอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมดจำนวน 27,517 คน⁽²⁾
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Cluster Random Sampling) และการเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงเป้าหมาย คือ กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM แล้ว พบว่า มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ให้มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Homogeneous) ดังนี้ 1) เป็นเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี และผู้เลี้ยงดูหลักที่ดูแลอย่างน้อย 6 เดือน 2) ผู้ปกครองและเด็ก ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สามารถสื่อสารเข้าใจ และอ่านออกเขียนได้ 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการ และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ต่อเนื่อง และครบตามที่กำหนด 2) เด็กที่ยังมีพัฒนาการล่าช้า ถึงแม้ได้รับกระตุ้นด้วย DSPM และ TEDA4I แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ และการสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ 2) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และ 3) แบบวัดทักษะพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครอง ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต⁽⁵⁾ จำนวน 32 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis) ประกอบด้วย การเลือกใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเลือกใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential



Statistics) ได้แก่ สถิติทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เพื่อการอธิบาย Mean Difference ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ในการสรุปอ้างอิงข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหรือค่าสถิติ ไปยังคุณลักษณะของประชากรหรือค่าพารามิเตอร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงการการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC48/2565 ลงวันที่ 23 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ได้รับการคัดกรอง/ประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ DSDM จำนวน 266 คน (ร้อยละ 100) พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 88 คน (ร้อยละ 33.08) ส่วนใหญ่ด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 56.82 รองลงมา คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 50.00 และด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 36.36 โดยเข้าร่วมโปรแกรมฯ 76 คน (ร้อยละ 88.37) และเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกับผู้เลี้ยงดูหลักครบตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก 56 คน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลับมา มีพัฒนาการสมวัย 51 คน ร้อยละ 91.07 ยังพบสงสัยล่าช้าอยู่ 4 คน ร้อยละ 7.14 ซึ่งทั้งหมดได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 100

2. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ภาพรวมก่อนการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมฯ ($\bar{X}$ = 42.04 S.D. = 7.04) ภายหลัง มีคะแนนเฉลี่ย 44.80 (S.D. = 7.80) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อน 2.75 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.17–5.33, p-value = 0.037) ดังตารางที่ 1 และร้อยละของระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ภาพรวม หลังการจัดกระบวนการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.75 รองลงมา คือ ระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ 33.80 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กอายุ 3–5 ปี

องค์ประกอบ	ก่อนการทดลอง (n		หลังการทดลอง		Mean		t	p-value
	= 56)		(n = 56)		Difference	95% CI		
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ด้านดี	14.13	2.90	14.98	3.07	0.84	-0.19–1.88	1.61	0.11
ด้านเก่ง	14.66	2.95	15.23	3.26	0.56	-0.51–1.65	1.01	0.30
ด้านสุข	13.24	1.98	14.58	2.51	1.33	0.55-2.12	3.36	<0.001*
ภาพรวม	42.04	7.04	44.80	7.80	2.75	0.17–5.33	2.11	0.037



ตารางที่ 2 ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี

ระดับ EQ	1. ด้านดี		2. ด้านเก่ง		3. ด้านสุข		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์								
ปกติ	5	7.04	6	8.45	8	11.27	6	8.45
ปกติ	38	53.52	43	60.56	46	64.79	41	57.75
สูงกว่าปกติ	28	39.44	22	30.99	17	23.94	24	33.80

3. คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ภาพรวม ก่อนการจัดกระบวนการเรียนรู้ ($\bar{X}$ =118.80 S.D. = 16.74) ภายหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้ ($\bar{X}$ =136.12 S.D. = 13.62) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการจัดกระบวนการเรียนรู้ 17.32 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 11.6 - 23.03, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง

องค์ประกอบ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean			
	(n = 56)		(n = 56)		Difference	95% CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
การสร้างสายใย	28.92	4.68	33.32	5.02	4.40	2.57-6.21	4.78	<0.001*
การสร้างวินัย	28.42	4.32	33.14	3.79	4.72	3.19-6.23	6.13	<0.001*
การสร้างเด็กเก่ง1	33.00	5.68	36.91	4.02	3.91	2.06-5.75	4.20	<0.001*
การสร้างเด็กเก่ง2	28.44	6.00	32.75	4.04	4.31	2.38-6.22	4.44	<0.001*
ภาพรวม	118.80	16.74	136.12	13.62	17.32	11.60-23.03	6.00	<0.001*

สรุปผลการวิจัย

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หลังเข้าร่วมกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการร่วมกับผู้เลี้ยงดูหลักและครบตามโปรแกรม พบว่า กลับมามีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 91.07 ยังพบสงสัยล่าช้าอยู่ ร้อยละ 7.14 และได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 100 ทั้งนี้ ระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ภาพรวม ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI =



0.17 –5.33, p-value = 0.037) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.75 รองลงมา คือ ระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ 33.80 และระดับปกติขึ้นไป ร้อยละ 91.55 ซึ่งทุกด้านสูงกว่าร้อยละ 80 ของเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนระดับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ภาพรวม ภายหลังฯ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 11.60-23.03, p-value < 0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลทำให้กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หลังเข้าร่วมกระบวนการ ส่งเสริมพัฒนาการร่วมกับผู้เลี้ยงดูหลักและครบตามโปรแกรม พบว่า กลับมามีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น ร้อยละ 91.07 สอดคล้องกับการศึกษาของ สราญจิต อินสร และคณะ⁽⁷⁾ เรื่อง ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เด็กมีพัฒนาการโดยรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ และการเคลื่อนไหวซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม เนื่องจากการร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม Triple P และการร่วมติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายบุคคลที่บ้าน โดยการร่วมประเมินผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นรายเดือน ซึ่งการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning Theory)⁽⁸⁾ เป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายการพัฒนาในชุมชนได้รับฝึกหัด ขอบ ต่อการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง และผู้อื่น ได้ลงมือฝึกปฏิบัติจริง ทำกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน โดยผู้บริหารท้องถิ่น ผู้เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้เลี้ยงดูหลัก และบุคลากรสาธารณสุข ได้ร่วมเรียนรู้ตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา การร่วมรับรู้ การร่วมวางแผน การร่วมลงมือปฏิบัติจริง และได้มีการอภิปรายในแต่ละปัจจัยสาเหตุ ของพัฒนาการล่าช้า พฤติกรรมการเลี้ยงดูและวิถีชีวิตที่เป็นปัญหาร่วมกัน รวมถึงการได้ร่วม ประเมินผลด้วยกันทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริม พัฒนาการ และการเลี้ยงดูเด็กในชุมชนที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลพรรณ สังข์สกุล และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ ถึงแม้ว่าครอบครัวจะมี บทบาทหลักในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน ร่วมกับการ สนับสนุนจากภาครัฐที่ต้องทำงานอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องและเกื้อหนุนกัน และการศึกษา ของสะไกร กั้นกางกุล⁽¹⁰⁾ พบว่า การพัฒนาการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก การเยี่ยมบ้านเชิง รุกใช้หลักการ Home Ward เน้นให้ญาติดูแล อสม. เฝ้าระวัง ทีมหมอครอบครัวเป็นที่ปรึกษา การมี ส่วนร่วมภาคีเครือข่าย และเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งนี้ การเน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วม จากครอบครัว การสะท้อนคืนกลับข้อมูล การให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูหลัก และส่งเสริมการเข้าร่วม



กิจกรรมตามโปรแกรม Triple P รวมถึงการจัดเวทีสะท้อนคืนกลับข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียนเกี่ยวกับบทบาทของแต่ละกลุ่มคนในชุมชนที่ชัดเจน เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตระหนักถึงบทบาทของตนเอง และร่วมดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ครอบคลุมในทุกมิติตามบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การสร้างบรรยากาศการยอมรับของชุมชน การสร้างความตระหนัก และการระดมความคิดเห็นเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา สำรวจความต้องการ และหาแนวทางร่วมกัน การวางแผน การดำเนินงาน และการสรุปประเมินผล ส่งผลให้ครอบครัวเห็นความสำคัญ และเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ จะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ จึงมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเจื่อนใจ และปัจจัยสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน คือ ความสนใจ และความร่วมมือของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ พูนศิริ ฤทธิ์รอน และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัย ได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการ และภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ควรมีการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์โดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กอายุ 3-5 ปี ภาพรวม ภายหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมฯ มีคะแนนเฉลี่ย 44.80 (S.D. = 7.80) ซึ่งมากกว่าก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.17-5.33, p-value = 0.037) และคะแนนร้อยละภาพรวม ภายหลังฯ ระดับปกติขึ้นไป ทุกด้านสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ สราญจิต อินสร และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการ การสร้างวินัยเชิงบวก และความฉลาดทางอารมณ์ของช่วงวัยนี้ จะส่งผลถึงบุคลิกภาพ ความสามารถในการเรียนรู้และสติปัญญาเมื่อสู่วัยเรียน และเมื่อโตเป็นวัยรุ่นผู้ใหญ่ในอนาคตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการใช้กิจกรรม เนื่องจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ จากโปรแกรม Triple P ตามแนวทางของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ซึ่งบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากคู่มือ DSPM สามารถปฏิบัติได้ง่าย และปฏิบัติได้ที่บ้านผ่านกิจกรรม “กอด เล่า เล่น ร้อง เต้น วาด สร้างสมาธิ” ร่วมกับการเสริมพลังแก่ผู้ปกครองให้มีความรู้ และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการประเมินคัดกรองเพียงอย่างเดียว

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลให้พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ภาพรวมภายหลังฯ มีคะแนนเฉลี่ย 136.12



(S.D. = 13.62) ซึ่งมากกว่าก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 11.60-23.03, p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ⁽¹³⁾ ที่พบว่า โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}$ = 50.41, S.D. = 3.242) และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เป็ญจมาศ สติลปราโมทย์⁽¹⁴⁾ พบว่า การดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทุกด้าน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตนั้นเป็นปัจจัยของผู้ดูแลทั้งสิ้น ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กจัดเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้อาชีพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น ทำให้เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสม และดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ เนื่องจากการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และผู้เลี้ยงดูหลักที่มุ่งเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญ และการเข้าใจบทบาทของตนเอง โดยเฉพาะผู้ปกครองที่ต้องเน้นการส่งเสริมพัฒนาการ และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติเป็นประจำที่บ้าน รวมถึงการช่วยแนะนำการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมให้กับครอบครัวข้างเคียงด้วย

จากผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายหลังการจัดกิจกรรมฯ ส่งผลทำให้กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากับมาามีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้น มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ภาพรวมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และคะแนนร้อยละของความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ภาพรวมภายหลังฯ มีระดับปกติขึ้นไปของทุกด้านสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ภาพรวมภายหลังฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือ ความตระหนัก การให้ความสำคัญ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยคนแต่ละกลุ่มคนในชุมชนต้องมีบทบาทชัดเจนในการร่วมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ครอบคลุมทุกช่วงอายุ และมีคุณภาพ ควรส่งเสริมให้มีกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงส่งเสริมการบูรณาการกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในหลักสูตรสาระการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และในโรงเรียนระดับประถมศึกษาต่อเนื่อง



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้เกี่ยวข้องในตำบลเชียงเครือ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ตำบลหนองผือ อำเภอเขาวง และตำบลทุ่งคลอง อำเภอกำแพง รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกหน่วยบริการ ที่ได้ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการร่วมเรียนรู้การพัฒนาเด็กอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์อาภา สุขทัพบก. การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2565.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข HDC : Health Data Center; 2565.
3. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569). ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพฯ: 2560.
4. สำนักนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย กระทรวงศึกษาธิการ. แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564–2570. กรุงเทพฯ: บริษัท พรักหวานกราฟฟิค จำกัด; 2564.
5. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. คู่มือประกอบการจัดกิจกรรม Smart Kids Area 7 : SA. ขอนแก่น: 2566.
6. วาริตทิพย์ พึ่งพันธ์, วราภรณ์ จิตอารี และภาพิมล บุญอึ้ง. แนวทางการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
7. สราญจิต อินทร, ยศสยา อ่อนคำ และฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3–5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 10: 143–60.
8. มณฑา พรหมบุญ และอรพรรณ พรสีมา. (2549). “การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม”. ใน ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
9. วิมลพรรณ สังข์สกุล, ปัทมา ผ่องศิริ, จรูญศรี มีหนองหว้า และวิภาวี พลแก้ว. สถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2564; 1: 1–18.
10. สะไกร กันกางกุล. การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารกจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 1: 241–56



11. ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัย และพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย 2559; 11: 99-109.
12. พูนศิริ ฤทธิรอน, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ, พัศตราภรณ์ แยมเม่น และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อ พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 3: 42-56.
13. จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนา ความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2562; 1: 70-85.
14. เบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 3: 114-125.



ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลโสธร

EFFECTIVENESS USE OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDLINE (CNPg) FOR PREGNANT WOMEN WITH PRETERM LABOR IN YASOTHON HOSPITAL

Received: November 21, 2023

Revised: December 22, 2023

Accepted: December 26, 2023

ปัทมา กระบิลมัต^{1*}, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท¹

Pattama krabilmat^{1*}, Doungporn Wattanaruangkowit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลโสธร โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม และแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถชะลอการคลอด ทำให้ตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนด หรือใกล้ครบกำหนดมากขึ้น จากเดิมร้อยละ 54.28 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.71 เมื่อเทียบกับในช่วงระยะเดียวกันในปี พ.ศ. 2565 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองระดับมาก ร้อยละ 75.0 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.43)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมีผลต่อการลด หรือทุเลาอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และการติดตามเยี่ยมจากพยาบาลหลังจำหน่ายสามารถส่งเสริมความมั่นใจให้หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การดูแลหญิงตั้งครรภ์, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

¹ โรงพยาบาลโสธร

Yasothon Hospital

*Corresponding author E-mail: pattama.kb66@gmail.com



Abstract

This study is quasi-experimental the objective is to study nursing practice guidelines for caring for pregnant women with preterm labor in Yasothon Hospital. Using the concept of Orem's self-care and the concept of health behavior in terms of health belief patterns, it was conducted between August and November 2023. The study was conducted on a purposively selected sample consisting of 1) registered nurses. 2) Pregnant women with preterm labor.

Research has found that pregnant women with preterm labor who receive care according to nursing practices can delay delivery, causing their pregnancy to reach term or closer to term ,increasing from the previous 54.28 percent to 85.71 percent compared to the same period in 2022. Using nursing practices helps pregnant women to have a high level of knowledge and understanding of self-care 75.0 percent of registered nurses are overall satisfied at the level the most ($\bar{X} = 4.23$, S.D.= 0.43).

Suggestions from research results: Pregnant women who have the knowledge and understanding to take care of themselves appropriately can affect the reduction or relief theof preterm labor and follow-up visits from nurses after discharge. It can promote confidence in pregnant women to take better care of themselves.

Keywords: Nursing Practice Guidelines, Caring for pregnant women, Preterm Labor



บทนำ

การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) คือ อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์⁽¹⁾ ร้อยละ 50-80 ทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ยังเจริญไม่เต็มที่ และไม่พร้อมทำงาน ความรุนแรงของอันตราย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ที่ทารกคลอด อายุครรภ์ยิ่งน้อยจะพบว่าทารกจะเสียชีวิต และทุพพลภาพมากขึ้น⁽²⁾ เช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) สมรรถนะปอดในการแลกเปลี่ยนแก๊สน้อยทำให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง การทำงานระบบต่างๆ ของอวัยวะภายในยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจได้ เกิดอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และน้ำหนักลด สำหรับด้านจิตใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล บางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) กระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และทารกจากการที่ทารกเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน กระทบด้านเศรษฐกิจ มารดา และครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลทารก และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลทารกจากค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด⁽³⁾

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัดร้อยละ 25 มีสาเหตุมาจากการคลอด และทารก ร้อยละ 75 เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง⁽⁴⁾ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกิดร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดมีหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา เช่น อายุ น้ำหนัก การสูบบุหรี่ ประวัติทางสูติศาสตร์ เช่น การตั้งครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูง รวมถึงการติดเชื้อ และภาวะวิตกกังวล⁽⁵⁾ อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด พบร้อยละ 5-7 เป้าหมายของกรมอนามัยกำหนดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7⁽⁶⁾ โรงพยาบาลโสธรพบ อัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่าง พ.ศ. 2561-2565 ร้อยละ 6.45, 7.51, 6.40, 5.60 และ 6.20 ตามลำดับ

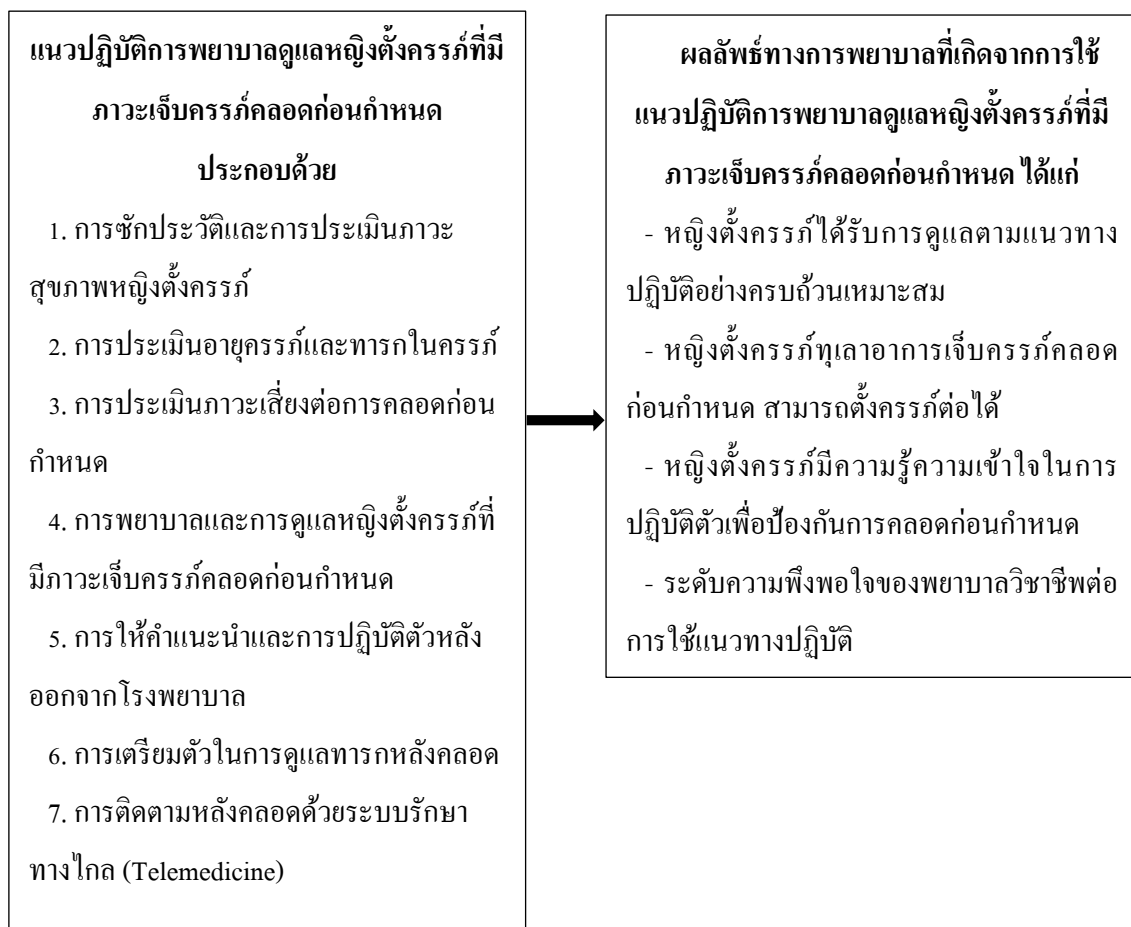
การดำเนินงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดโรงพยาบาลโสธรมีแนวโน้มสูงขึ้น สถิติปี 2565 อัตราการยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จร้อยละ 44.39 อัตราทารกมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 40.58 โดยเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 14.86 และภาวะขาดออกซิเจนหลังคลอด ร้อยละ 31.53 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 0.50-2.10⁽⁷⁻⁸⁾ จากปัญหาเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีเป้าหมายในการลด หรือทำให้ภาวะเจ็บครรภ์หายไป และเพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลยโสธร โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม และแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 4 เดือน



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอด โรงพยาบาลโสธรในช่วงเวลาเดือน กันยายน-ตุลาคม 2566

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีอาการเจ็บครรภ์คลอด เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม 2566 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดที่เป็นอันตรายต่อมารดา และทารกในครรภ์ เช่น ภาวะตกเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำเดิน

- นอนพักรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อเพื่อทำการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองซึ่งควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยที่สุด 20-30 ราย และจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดรับบริการที่โรงพยาบาลมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดทั้งหมด ซึ่งมีทั้งสิ้น 28 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาล โสธร ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยซึ่งศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลการเจ็บครรภ์ก่อนคลอดก่อนกำหนด

2.2 แบบประเมินผลการวิจัยเรื่อง ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโสธร เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

2.2.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 5 ข้อคำถาม เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

2.2.2 ตอนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ มี 8 ข้อคำถาม เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

2.2.3 ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด มี 25 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ถูก-ผิด โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน



2.2.4 ตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้แนวทาง มี 7 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) กำหนดระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการคัดกรอง ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ระดับ 3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ผลการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.86 และแบบประเมินผลการวิจัย เท่ากับ 0.86

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กำหนดค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับมากกว่า 0.80 ขึ้นไป ค่าความเที่ยงของแบบประเมินใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับตัวอย่างในการศึกษาวิจัย จำนวน 10 ตัวอย่าง ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลโสธร โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) KR-20 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยการนำผลคะแนนรวมที่ได้ไปแบ่งช่วงชั้นคะแนน เพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ระดับคะแนนที่กำหนดไว้ และหาคะแนนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ตอบถูกให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิดให้คะแนน 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ความเข้าใจ ใช้ระดับคะแนน (Interval scale) ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-17 คะแนน อยู่ในระดับความรู้ความเข้าใจน้อย

ช่วงคะแนน 18-21 คะแนน อยู่ในระดับความรู้ความเข้าใจปานกลาง

ช่วงคะแนน 22-25 คะแนน อยู่ในระดับความรู้ความเข้าใจมาก

เกณฑ์ระดับคะแนนความพึงพอใจ แบ่งระดับโดยใช้อันดับภาคชั้น (ณรงค์ โพธิ์พฤษานันท์, 2551) ระดับคะแนน เท่ากับ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด หาดด้วย จำนวนระดับ (5 ระดับ) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.21-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.41-4.20 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก



ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.61–3.40 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.81–2.60 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00–1.80 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลโสธร เลขที่ YST 2023-32 ลงวันที่ 4 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 18-35 ปี ร้อยละ 85.7 อาศัยอยู่ร่วมกับสามี ร้อยละ 89.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.7 รองลงมาเป็นระดับอนุปริญญา ร้อยละ 32.1 อาชีพแม่บ้านโดยมีสามีเป็นผู้หารายได้ และรับจ้าง ร้อยละ 35.7 ส่วนที่ว่างงาน และไม่มีอาชีพที่มั่นคงมีมากถึงร้อยละ 14.3 และเป็นนักเรียนร้อยละ 3.6 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 57.1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละข้อมูลการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
(n=28)

ข้อมูลการตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	8	28.6
ครรภ์ที่ 2	9	32.1
ครรภ์ที่ 3	11	39.3
จำนวนการคลอด		
ยังไม่เคยคลอด	8	28.3
เคยคลอด 1 ครั้ง	15	53.8
เคยคลอด 2 ครั้ง	5	17.9
อายุครรภ์		
Late preterm (GA>34 สัปดาห์)	17	60.7
Moderate preterm (GA 32-34 สัปดาห์)	2	7.1
Very preterm (GA 28-32 สัปดาห์)	9	32.2



ข้อมูลการตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
ปากมดลูกเปิดขยาย		
ไม่มี	17	60.7
มี	11	39.3
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์		
ไม่มี	24	85.7
มี	4	14.3

จากตาราง พบว่า มารดาส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 32.1 และครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 39.3 ผ่านการคลอด 1 ครั้ง ร้อยละ 53.8 และไม่เคยคลอดบุตร ร้อยละ 28.3 อายุครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดอยู่ในช่วงท้ายของการคลอดก่อนกำหนด (Late preterm GA>34 สัปดาห์) ร้อยละ 60.7 และรองลงมาเป็นช่วงอายุครรภ์น้อย (Very preterm GA<28 สัปดาห์) ร้อยละ 32.2 ส่วนใหญ่ปากมดลูกเริ่มบางและมีการเปิดของปากมดลูก ร้อยละ 39.3 ปากมดลูกยังไม่เปิด ร้อยละ 60.7 และมีเพียงร้อยละ 14.3 ที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์

ตารางที่ 2 แสดงระดับช่วงคะแนนความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=28)

ระดับช่วงคะแนนความรู้ความเข้าใจ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ความเข้าใจมาก (22-25 คะแนน)	21	75.0
ความรู้ความเข้าใจปานกลาง (18-21 คะแนน)	6	21.4
ความรู้ความเข้าใจน้อย (15-17 คะแนน)	1	3.6

จากตาราง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับความรู้ความเข้าใจมาก ร้อยละ 75.0 ทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{X}$) = 23.07, S.D. = 2.62



ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายจัดการพยาบาล
การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = 13)

หัวข้อความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ	
	$\bar{x}$	S.D.
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีประโยชน์ต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	4.38	0.65
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน	3.92	0.27
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน	4.00	0.57
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่เหมาะสม	3.92	0.49
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถปรับและใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกราย	3.92	0.49
6. แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์	3.92	.49
7. ความพึงพอใจโดยรวมของแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	4.23	.43

ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายจัดการพยาบาลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในภาพรวม และความพึงพอใจต่อประโยชน์ของแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เลาอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถตั้งครรภ์

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ (ก.ย.-ต.ค. 65)			หลังใช้แนวทางปฏิบัติ(ก.ย.-ต.ค. 66)		
	จำนวน	จำนวนที่	ร้อยละ	จำนวน	จำนวนที่	ร้อยละ
	Preterm	สามารถ		Preterm	สามารถ	
	ทั้งหมด	ยับยั้งการ		ทั้งหมด	ยับยั้งการ	
		คลอดได้			คลอดได้	
- หญิงตั้งครรภ์	35	19	54.28	28	24	85.71
ทุเลาอาการเจ็บครรภ์						
คลอดก่อนกำหนด						
สามารถตั้งครรภ์ต่อได้						



หญิงตั้งครรภ์ที่เลาจากอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติสามารถตั้งครรภ์ต่อได้ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.71 เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่เลาจากอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถตั้งครรภ์ต่อได้ก่อนนำแนวปฏิบัติมาใช้ (กันยายน-ตุลาคม 2565)

การอภิปรายผลการวิจัย

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐาน การให้การพยาบาลและคำแนะนำ ตลอดจนการสอนการปฏิบัติตัวช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถดูแลตนเองอย่างมั่นใจ ความวิตกกังวลลดลง และการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แม้ผู้ป่วยกลับออกจากโรงพยาบาลหลังอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดทุเลาลง มีผลให้ชะลอการคลอดก่อนกำหนด ยืดอายุครรภ์ทำให้ทารกเจริญเติบโตในครรภ์จนถึงครบกำหนด หรือมีความพร้อมในการคลอด จากการศึกษา พบ อัตราการยืดอายุครรภ์ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.71 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วรรณ ประสาธน์ศักดิ์, วิรัชนิ สุขวัฒนานนท์ และ ศศิธร อินทุดม⁽⁴⁾ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกัน และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นได้เร็ว และสามารถยับยั้งการหดตัวช่วยยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลสำเร็จ การศึกษาของ รุ่งตวรรณ ช้อยจอหอ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาพบว่า การจัดกิจกรรมทางการพยาบาลในเยี่ยมดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ ทั้งขณะที่นอนพักในโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังจำหน่าย ระยะกลับมารักษาซ้ำช่วยให้การคลอดก่อนกำหนดลดลง และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร่วมกับการบันทึกการหดตัวของมดลูก การให้การพยาบาลแบบสนับสนุน และการให้ความรู้สามารถลดอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ จากการศึกษาของ สุพัตรา ปิ่นแก้ว และคณะ⁽⁹⁾

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารก ครอบครัวย และเศรษฐกิจและสังคม บุคคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ ต้องตระหนักถึงบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำ และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถเลือกวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม มีความรู้เกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการผิดปกติ หรือสัญญาณเตือนที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การสอนหญิงตั้งครรภ์สังเกต และประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน หญิงตั้งครรภ์พึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจมากขึ้น และสามารถตัดสินใจในการเลือกวิธีดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง การเน้นย้ำเกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ตามนัด การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการวางแผนจำหน่าย



และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เมื่อกลับบ้านเพื่อสอบถาม และติดตามอาการ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้ารับคำปรึกษาได้อย่างมั่นใจในการดูแลตนเอง ดำเนินการตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด สามารถคลอดได้อย่างปลอดภัยทั้งมารดา และทารก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ควรมีการประชุมชี้แจงนโยบาย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจไปในแนวทางปฏิบัติเดียวกัน นอกจากนี้ ควรสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ และผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมทั้งสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ควรมีการพัฒนาคุณภาพ และทบทวนวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงให้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความทันสมัย และเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ชเนนทร์ วณิกิริย์, ชีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: ชีระ ทองสง บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. เรียบเรียงครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ลักขมิรุ่ง; 2564. หน้า 247-259.
2. ศิริวรรณ แสงอินทร์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 22(1): 27-38.
3. ศศิกานต์ กาละ. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน: สุนันทา ชัยวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, เบญญาภา ธิติมาพงษ์. การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2. เล่ม 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
4. ทิพย์วรรณ ประสานศักดิ์, วิรัชณี สุขวพัฒนานนท์, ศศิธร อินทุคม. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2563; 28: 25-35.
5. จีรวรรณ บัวแย้ม, เพ็ญนุหัตถ์ ขาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสพชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562; 25(3): 243-254.
6. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/departement-yearly-report/download/>
7. เวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด. (2565). รายงานประจำปี 2565. กลุ่มงานห้องคลอด. โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร.



8. กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว. (2565). แนวทางในการปฏิบัติงาน (Clinical Practice Guideline). โรงพยาบาลโสธร จังหวัดยโสธร.
9. สุพัตรา ปิ่นแก้ว และคณะ. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 22: 58-71.
10. รุ่งตะวันรัตน์ ช้อยจอหอ และคณะ. ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2552; 27: 39-48.



ผลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลโสธร

EFFECTS OF POSTPARTUM MATERNAL DISCHARGE PLANNING YASOTHON HOSPITAL

Received: November 20, 2023

Revised: December 23, 2023

Accepted: December 30, 2023

สุปัญญา บุญธุก^{1*}, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท¹

Supunya Boonthuk^{1*}, Doungporn Wattanaruangkowit¹

บทคัดย่อ

การดูแลมารดาหลังคลอดมุ่งเน้นการให้มารดามีความรู้ และทักษะการดูแลตนเองและทารก เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอด 2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอด ได้แก่ อัตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด ความพึงพอใจของบุคลากร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลโสธร

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดและทารก หลังการใช้แผนการจำหน่ายมีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้แผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลลดลง คะแนนความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด และความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ให้มีการติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีจำนวนน้อย การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และส่งเสริมมารดาทบทวนความรู้ และทักษะผ่าน QR Code

คำสำคัญ: แผนการจำหน่าย, มารดาหลังคลอด, อัตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

¹ โรงพยาบาลโสธร

Yasothon Hospital

*Corresponding author E-mail: Supunya1111@gmail.com



Abstract

Postpartum maternal care focuses on equipping mothers with knowledge and skills to take care of themselves and their babies in order to keep mothers and babies healthy. Prevention of complications The objectives of this research were 1) to develop a plan to discharge the mother after giving birth, 2) to study the effects of postpartum maternal discharge planning, including knowledge and skills in self-care and infant care, readmission rate in hospital. Maternal satisfaction after childbirth Personnel satisfaction the study method is quasi-experimental research conducted in obstetric wards. Yasothon Hospital 30 people.

The results showed that scores of knowledge and skills in self-care and postpartum mothers after the implementation of the distribution plan were statistically significantly higher than before the implementation of the distribution plan at 0.05. Maternal satisfaction scores after childbirth and personnel satisfaction with the distribution plan were among the most satisfactory.

Recommendations from research to monitor and evaluate the use of distribution planning models on a regular basis. The sample this time was small. In the next research, the number of samples should be increased, and mothers should be encouraged to review knowledge and skills from the manual through QR codes.

Keywords: Discharge plan, postpartum mother, readmission rate



บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการทางธรรมชาติสำหรับผู้หญิง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สุขภาวะของมารดา รูปร่าง การเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอด การที่ต้องเลี้ยงดูทารกที่เกิดใหม่ การให้นมบุตร รวมไปถึงการปฏิสัมพันธ์กับทารกและบุคคลในครอบครัว⁽¹⁾ ปัญหาเหล่านี้มีผลต่อมารดาหลังคลอดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ประสบการณ์การเคยเลี้ยงดูบุตร การเตรียมพร้อมของมารดาก่อนคลอด⁽²⁾

อุบัติการณ์การคลอดโรงพยาบาลโสธร ปี 2563-2565 เท่ากับ 2,472, 2,347 และ 2,226 รายตามลำดับ⁽³⁾ พบว่า มารดาหลังคลอดที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Re-admission) ปี 2563-2565 เท่ากับ 4, 3 และ 3 รายตามลำดับ⁽⁴⁾ จากปัญหาการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เต้านมอักเสบ มีไข้สูง การใช้ยาสมุนไพร ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีขูดมดลูก (Uterine curettage) นอกจากนี้ จากการติดตามเยี่ยมหลังคลอด ยังมีปัญหาเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การดูแลแผลฝีเย็บ การรับประทานอาหารเพื่อสร้างน้ำนม การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ปัญหาเหล่านี้เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง⁽⁵⁾ ปัญหาสุขภาพภายหลังคลอดเกิดจากมารดาขาดความรู้ และทักษะในการดูแลตัวเอง⁽⁶⁾ ปัญหาสุขภาพทางกายที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาในระยะแรกหลังคลอด⁽⁷⁾

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมมารดาหลังคลอดให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองและทารก จากการวางแผนการจำหน่ายที่ผ่านมายังขาดการฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับมารดาหลังคลอด และมีเนื้อหาที่ไม่ครอบคลุมในการให้ความรู้ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีการเพิ่มการสอน และฝึกทักษะให้กับมารดาหลังคลอด และแผนการจำหน่ายที่มีเนื้อหาครอบคลุมในการให้ความรู้ ตามแนวคิดของ Weiss&Piacentine⁽⁸⁾ คือ ด้านเนื้อหา และวิธีการสอน เพื่อให้การสอนมารดามีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีการฝึกทักษะ และการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้อง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 38⁽⁹⁾ การสอนเป็นกลไกหลักที่พยาบาลใช้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัวในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน⁽¹⁰⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การสอน และการฝึกทักษะที่มีคุณภาพ ทำให้มารดามีความรู้ในการดูแลตนเองและทารก เมื่อจำหน่ายกลับบ้านไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลโสธร
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ความพึงพอใจมารดาหลังคลอด ความพึงพอใจบุคลากร และคะแนนความรู้ และทักษะของมารดาหลังคลอด



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลโสธร โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทบทวนแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอดเดิม และปรับปรุงเนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้ และการฝึกทักษะในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอดจากการทบทวนวรรณกรรม

ระยะที่ 2 นำแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอด ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด

ระยะที่ 3 ประเมินผลแผนการจำหน่าย และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการในโรงพยาบาลโสธร ในช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2566 จำนวน 564 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลมารดาหลังคลอด ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด 17 ราย และมารดาหลังคลอดที่มารับบริการโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยที่สุดที่มีผล ให้ผลการศึกษา มีความน่าเชื่อถือ อ้างอิงจากการศึกษาของ ดวงดี ศรีสุขวัน และคณะ เรื่องผลของโปรแกรมให้ความรู้ ต่อความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ซึ่งมีขนาดประชากรใกล้เคียงกับมารดาหลังคลอดที่รับบริการคลอดที่โรงพยาบาลโสธร

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 4) อยู่ร่วมกับทารก และมีผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนขณะรับการดูแลที่หอผู้ป่วย เช่น ตกเลือด ความดันสูง หรือมีภาวะชักหลังคลอด 2) ทารกแรกคลอดป่วยที่ต้องแยกกับมารดา ทารกมีความพิการ 3) มารดาและทารกที่ได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่นต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบประเมินความรู้และทักษะของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา จำนวน 7 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นคำถามแบบเดิมคำถามในช่องว่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว บุคคลที่ดูแลหลังคลอด



ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้มารดาในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด จำนวน 25 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ 2 ตัวเลือก (ถูก และผิด) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะมารดาในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากการสังเกตการปฏิบัติ มีจำนวน 15 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกคำตอบ 2 ตัวเลือก (ปฏิบัติได้ และปฏิบัติไม่ได้) มีการให้ 1 คะแนน เมื่อมารดาปฏิบัติได้ และให้ 0 คะแนน เมื่อมารดาปฏิบัติไม่ได้

1.2 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ อัตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (Re-admission) แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

- 2.1 แผนการจำหน่าย (แนวทางการให้ความรู้ และทักษะการดูแลตนเองและทารก)
- 2.2 สื่อการสอน กล้องให้ความรู้
- 2.3 จัดสิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรมเสมือนจริง ให้มารดาปฏิบัติจริงกับทารก
- 2.4 คู่มือการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ สูติแพทย์ พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูติ-นรีเวช อาจารย์พยาบาลด้านสูติ-นรีเวชตรวจสอบความสอดคล้อง ความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่า CVI ที่มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.80 หรือตัดสินคุณภาพเครื่องมือที่ค่า CVI รวม เท่ากับ 0.80 ขึ้น ผลการตรวจสอบความตรง ตอนที่ 2 การประเมินความรู้ของมารดาหลังคลอด เท่ากับ 0.92 ตอนที่ 3 แบบประเมินทักษะการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอด เท่ากับ 1.0 ค่าความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับตัวอย่างในการศึกษาวิจัย จำนวน 10 ตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลยโสธร และนำผลการทดลองใช้มาตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ และทักษะของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลยโสธร ทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป ผลการทดสอบค่าความเที่ยงของเนื้อหา ตอนที่ 2 การประเมินความรู้ เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามมีคุณภาพ เนื่องจากมีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.80 ค่าความเที่ยงของเนื้อหา ตอนที่ 3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติในการดูแลตนเองและทารก เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. วิเคราะห์ผลการประเมินความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองและทารกก่อน และหลังการใช้แผนการจำหน่ายโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากทดสอบความสมมาตรของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test เป็นข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (Non-normal Distribution)

เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ ใช้ระดับคะแนน (Interval scale) จากการศึกษา พบว่าคะแนนที่น้อยที่สุด เท่ากับ 10 คะแนน และคะแนนที่มากที่สุด เท่ากับ 25 คะแนน จึงแบ่งระดับคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน 10-14 คะแนน อยู่ในระดับความรู้ต่ำ

ช่วงคะแนน 15-19 คะแนน อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง

ช่วงคะแนน 20-25 คะแนน อยู่ในระดับความรู้มาก

เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนระดับทักษะในการดูแลตนเองและทารก ใช้ระดับคะแนน (Interval scale) จากการศึกษา พบว่า คะแนนที่น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนที่มากที่สุด เท่ากับ 15 คะแนน จึงแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน 1-5 คะแนน อยู่ในระดับทักษะในการดูแลตนเองและทารก ต่ำ

ช่วงคะแนน 6-10 คะแนน อยู่ในระดับทักษะในการดูแลตนเองและทารก ปานกลาง

ช่วงคะแนน 11-15 คะแนน อยู่ในระดับทักษะในการดูแลตนเองและทารก มาก

3. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาล้างในโรงพยาบาล (Re-admission) ใช้สถิติ ความถี่ร้อยละ

4. การวิเคราะห์ระดับคะแนนความพึงพอใจ แบ่งระดับโดยใช้อันดับค่าเฉลี่ย⁽¹¹⁾ ระดับคะแนนเท่ากับ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนระดับ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.21-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.41-4.20 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.61-3.40 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.81-2.60 หมายถึง ระดับความพึงพอใจต่ำ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง ระดับความพึงพอใจต่ำที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโสธร เลขที่ YST 2023-41 เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2566 โดยยึดหลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด อายุเฉลี่ย 27 ปี มีอายุระหว่าง 30-35 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40 ตั้งครรภ์ที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 53.34 สถานภาพสมรส ร้อยละ 96.67 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 56.67 อาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 53.33 มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 96.67 และสามีดูแลมากที่สุด ร้อยละ 50

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอดก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย (n = 30)

หัวข้อ	ก่อนใช้แผน		หลังใช้แผน		Z-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. นมแม่ คือ ทำให้เด็กมีสติปัญญาดี	0.90	0.30	1	0	1.73	0.80
2. การดูดนมที่ถูกคือให้ห่อมเฉพาะหัวนม	0.23	0.43	0.96	0.18	4.69	0.00*
3. วิธีการทำให้น้ำนมเพียงพอคือให้ทารกดูดบ่อยอย่างน้อยทุกๆ 2 ชม.	0.90	0.30	1	0	1.76	0.80
4. น้ำนมสีเหลืองไม่มีคุณค่าทางอาหาร	0.33	0.47	1	0	4.74	0.00*
5. คุณแม่เลี้ยงลูกด้วยนมชื้อยากินเองได้	0.40	0.49	0.96	0.18	4.2	0.00*
6. ยาที่ช่วยให้ให้น้ำนมมาและรับประทานได้เช่น ยาฝุ่น ยาจีน ยาต้ม	0.23	0.43	0.93	0.26	4.37	0.00*
7. มารดาหลังคลอดสามารถทำงานหนัก เช่น การยกของหนัก มีเพศสัมพันธ์ได้	0.36	0.49	1	0	4.35	0.00*
8. ถ้าเต้านมคัดตึงให้ใช้น้ำอุ่นประคบได้	0.83	0.37	1	0	2.23	0.02*
9. ป้องกันหัวนมแตกให้ดูดถึงลานนม	0.86	0.34	1	0	2.00	0.04*
10. วิธีแก้ไขหัวนมแตก คือ ให้ทารกดูดนมข้างที่ตีก่อนและให้บีบน้านมทา	0.70	0.46	0.90	0.30	1.87	0.05*
11. การดูแลแผลผ่าตัดคลอด ถ้าแผลซึมน้ำเข้าแผล ปล่อยให้ผ้าปิดแผลแห้งเอง	0.43	0.50	0.96	0.18	4.00	0.00*



หัวข้อ	ก่อนใช้แผน		หลังใช้แผน		Z-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
12. อาการผิปกติที่ต้องมาพบแพทย์ คือ น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น สีแดงเข้ม	0.96	0.67	1	0	1.00	0.31
13. กรณียังไม่ทำหมัน มีเพศสัมพันธ์ ก่อนมาตรวจก่อนมาพบแพทย์ได้	0.40	0.49	0.90	0.30	3.44	0.00*
14. มารดาหลังคลอดให้รับประทาน อาหารครบทั้ง 5 หมู่	0.86	0.34	1	0	2.00	0.04*
15. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1 เดือน	0.36	0.49	0.80	0.40	2.98	0.00*
16. การเปลี่ยนผ้าอ้อมนมหลังคลอดควร เปลี่ยนทุก 2-4 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่ม	0.83	0.37	1	0	2.23	0.02*
17. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะไม่มี ประจำเดือนได้	0.83	0.37	0.93	0.25	1.34	0.18
18. มารดาหลังคลอดจะได้รับยาบำรุง เลือด ไม่ควรรับประทานพร้อมนม	0.90	0.30	1	0	1.73	0.08
19. ครอบครัวและสามีมีส่วนช่วยเหลือ ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้	0.90	0.30	0.96	0.18	1.00	0.31
20. ทารกจะได้รับวัคซีนป้องกันวันโรค และวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีก่อนกลับ	0.73	0.44	1	0	2.82	0.00*
21. กรณีมารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ให้ทารกไปฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 อายุ 1 เดือน	0.73	0.44	0.96	0.18	2.33	0.02*
22. ให้เช็ดสะดือหลังอาบน้ำทุกครั้ง	0.90	0.30	0.96	0.18	1.00	0.31
23. ทารกมีอาการชัก ซึม ไม่ดูคนม ตัว เหลือง ต้องมาพบแพทย์	0.93	0.25	1	0	1.41	0.15
24. การดูแลความสะอาดร่างกายทารก ให้อาบน้ำด้วยน้ำอุ่นทุกวัน	0.86	0.34	0.96	0.18	1.34	0.18
25. การดูนมแต่ละครั้งให้ดูค้ำให้เกลี้ยง เต้าเพื่อป้องกันท่อน้ำนมอุดตัน	0.90	0.30	0.96	0.18	1.00	0.31

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ผลคะแนนความรู้ พบว่า ภายหลังการได้รับแผนการจำหน่ายแล้ว ผลการประเมินความรู้สูงกว่า ก่อนได้รับแผนการจำหน่าย ค่าคะแนนโดยรวมก่อนรับแผนการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย 17.33 (S.D.= 3.63) และคะแนนหลังรับแผนการจำหน่ายค่าเฉลี่ย 24.20 (S.D. = 1.03) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลคะแนนรายข้อมีคะแนนสูงขึ้นทุกข้อ

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังได้รับแผนการจำหน่าย (n=30)

ระดับช่วงคะแนนความรู้ความเข้าใจ	ก่อนใช้แผน		หลังใช้แผน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนรู้น้อย (10-14 คะแนน)	6	20.0	0	0
คะแนนความรู้ความปานกลาง (15-19 คะแนน)	16	53.3	0	0
คะแนนความรู้ความมาก (20-25 คะแนน)	8	26.7	30	100

ระดับคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอด หลังได้รับแผนการจำหน่ายอยู่ในระดับที่สูงขึ้น

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังได้รับแผนการจำหน่าย (n=30)

หัวข้อ	ก่อนใช้แผน		หลังใช้แผน		Z-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. การเปลี่ยนผ้าอ้อม	0.90	0.30	1	0	1.73	0.08
2. เล่าวิธีทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์	0.83	0.37	0.96	0.18	1.63	0.10
3. การทำความสะอาดเต้านม	0.50	0.50	1	0	3.87	0.00*
4. การนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนม	0.23	0.43	1	0	4.79	0.00*
5. การนำทารกเข้าเต้าและอุ้มลูกนม	0.33	0.47	1	0	4.47	0.00*
6. การบีบน้ำนมและการเก็บน้ำนม	0.10	0.30	0.93	0.25	5.00	0.00*
7. การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการอาบน้ำ	0.53	0.50	1	0	3.74	0.00*
8. การอาบน้ำและสระผมของทารก	0.36	0.49	1	0	4.35	0.00*
9. การใส่เสื้อผ้าและห่อตัวทารก	0.56	0.50	1	0	3.60	0.00*



หัวข้อ	ก่อนใช้แผน		หลังใช้แผน		Z-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
10. การเปลี่ยนผ้าอ้อมทารก	0.63	0.49	1	0	3.31	0.00*
11. การเตรียมอุปกรณ์เช็ดตา/สะดือ	0.23	0.43	1	0	4.79	0.00*
12. การเช็ดตา	0.20	0.40	1	0	4.89	0.00*
13. การเช็ดสะดือ	0.23	0.43	1	0	4.79	0.00*
14. การทำความสะอาดหลังขับถ่าย	0.46	0.50	1	0	4.00	0.00*
ทารก						
15. เล่าถึงการใช้อุปกรณ์เฝ้าระวังและ	0.13	0.34	1	0	5.09	0.00*
ส่งเสริมพัฒนาการ						

ผลคะแนนทักษะการปฏิบัติในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอด พบว่า ภายหลังได้รับแผนการจำหน่ายแล้ว ประเมินความรู้ในวันจำหน่าย มีค่าคะแนนการปฏิบัติได้สูงขึ้น โดยคะแนนก่อนได้รับแผนการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย 6.3 (S.D. = 4.63) และคะแนนหลังได้รับแผนการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย 15 (S.D. = 00) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระดับคะแนนการประเมินทักษะในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอดก่อนและหลังได้รับแผนการจำหน่าย (n=30)

ระดับช่วงคะแนนทักษะในการดูแลตนเองและทารก	ก่อนใช้แผน		หลังใช้แผน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคะแนนการประเมินทักษะน้อย (1-5 คะแนน)	10	33.3	0	0
ระดับคะแนนประเมินทักษะปานกลาง (6-10 คะแนน)	12	40.0	0	0
ระดับคะแนนประเมินทักษะมาก (11-15 คะแนน)	6	20.0	30	100

ระดับคะแนนประเมินทักษะในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอดหลังใช้แผนจำหน่ายอยู่ในระดับที่สูงขึ้น



ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละของผลลัพธ์ทางการพยาบาลมารดาหลังคลอดก่อนและหลัง
การได้รับแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอด

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้แผน		หลังใช้แผน	
	ครั้ง	ร้อยละ	ครั้ง	ร้อยละ
จำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน	2	0.25	0	0

ภายหลังได้รับแผนการจำหน่าย พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดโดยรวม
หลังได้รับแผนการจำหน่าย (n=30)

ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด	หลังใช้แผน		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	S.D.	
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่มีส่วนร่วมวางแผนจำหน่าย	5	0	พึงพอใจมากที่สุด
2. ช่วยให้คุณมั่นใจว่าสามารถเลือกรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม	4.8	0.37	พึงพอใจมากที่สุด
3. ช่วยให้คุณมั่นใจว่าเลือกวิธีการออกกำลังกายได้	4.8	0.40	พึงพอใจมากที่สุด
4. ช่วยให้คุณมั่นใจว่าดูแลทารกได้	4.9	0.31	พึงพอใจมากที่สุด
5. ช่วยให้คุณได้ทราบอาการผิดปกติ ควรพบแพทย์	5	0	พึงพอใจมากที่สุด
6. ช่วยให้คุณได้ทราบและมั่นใจเกี่ยวกับยา และการ เลือกยาที่ไม่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก	5	0	พึงพอใจมากที่สุด
7. ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายโดยรวม	5	0	พึงพอใจมากที่สุด

มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจหลังได้รับแผนจำหน่ายโดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.9 ความพึงพอใจ
อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่ร่วมใช้แผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอดโดยรวมก่อนและหลังใช้แผนการจำหน่าย (n = 17)

ความพึงพอใจ	ก่อนใช้แผน		หลังใช้แผน		Z-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. แผนการจำหน่ายมีประโยชน์ต่อการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก	4.5	0.51	4.8	0.34	2.09	0.05*
2. เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน	4.1	0.51	4.9	0.25	4.96	0.00*
3. แผนการจำหน่ายมีความชัดเจน	4.1	0.61	4.9	0.25	4.39	0.00*
4. แผนการจำหน่ายเหมาะสม เข้าใจง่าย	4.3	0.60	4.9	0.25	3.48	0.00*
5. แผนการจำหน่ายสามารถใช้ได้กับมารดาหลังคลอดและทารกทุกราย	4.3	0.60	4.9	0.25	4.04	0.00*
6. แผนการจำหน่ายทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี	4.1	0.65	4.9	0.25	3.87	0.00*
7. ความพึงพอใจโดยรวม	4.3	0.60	4.9	0.25	3.48	0.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ความพึงพอใจของบุคลากรที่ร่วมใช้แผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอด พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้แผนการจำหน่าย ค่าคะแนนโดยรวม คะแนนก่อนใช้แผนการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย 4.3 (S.D.= 0.60) และหลังใช้แผนการจำหน่ายค่าเฉลี่ย 4.9 (S.D. = 0.25) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ < 0.05 ผลบุคลากรมีความพึงพอใจในแผนการจำหน่ายในระดับมากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการวางแผนจำหน่าย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะของมารดาหลังคลอด หลังได้รับแผนการจำหน่ายสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับแผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จากการให้ข้อมูลของพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางสูติกรรม และมารดาได้ฝึกทักษะการดูแลตนเองหลังคลอด โดยมีการปฏิบัติจริง ส่งเสริม ความมั่นใจ และให้กำลังใจ โดยมีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงคอยชี้แนะ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแผนการจำหน่ายช่วยให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้นสอดคล้องการศึกษาของ ปฤษณพร ศิริจรรยา⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมสุขศึกษาหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเท่ากับ 19.6 และหลังการได้รับโปรแกรมเท่ากับ 26.25 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 ทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ และมีความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผล



ให้มารดาสามารถดูแลตนเองและทารก รวมถึงจัดการกับปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว 2) การกลับมารักษาลูกที่โรงพยาบาล ภายใน 28 วัน (Readmission) ลดลงจากร้อยละ 0.25 เป็น 0 หลังใช้แผนการจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพธิน ถิระวัฒน์, จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ และนุสรา วิญญาน⁽¹³⁾ ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมทักษะ คุณแม่่มือใหม่ใส่ใจลูกรักต่อความรู้ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถของมารดาครั้งแรกในการ ดูแลทารกแรกเกิดจำนวน 80 ราย พบว่า การสอนแบบสาธิตและลงมือฝึกปฏิบัติจะช่วยให้มารดา มีความรู้ ทักษะ มั่นใจในการดูแลตนเองและทารก ไม่พบการกลับมารักษาลูกในโรงพยาบาลหลัง จำหน่าย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ให้มีการติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมา ปรับปรุงให้เหมาะสม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรทำการศึกษาการวางแผนจำหน่าย มารดาที่มีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องใน มารดากลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาวัยรุ่น หรือมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น
3. ส่งเสริมมารดาทบทวนความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองและทารกผ่านคิวอาร์โค้ด

เอกสารอ้างอิง

1. Lowdermilk LD, Perry ES, Cashion K. Maternity nursing 8th ed. Maryland Heights: Mosby Elsevier; 2014.
2. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคลอด. ใน :วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: ยุทธนารินทร์ การพิมพ์; 2554.
3. โรงพยาบาลยโสธร. เวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด. รายงาน ประจำปี; 2565.
4. กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว. แนวทางในการปฏิบัติงาน (Clinical Practice Guideline). ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2565.
5. Kaur J, Kaur K. Obstetric complications. European Journal of Experimental Biology 2014; 2(5): 1462-1468.



6. Bernstein H, Spino C, Lalama CM, Finch SA, Wasserman RC, Cormick MC. Unreadiness for postpartum discharge following healthy term pregnancy: impact on health care use and outcomes. *Academic Pediatric Association* 2013; 13(1): 27-39.
7. Howell EA, Mora PA, Chassin MR, Leventhal H. Lack of preparation physical health after childbirth: and early postpartum depressive symptoms. *Journal of Women's Health* 2010; 19(4): 703-708.
8. Weiss M, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement* 2006; 14(3): 163-180.
9. Weiss M, Lokken L. Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth: *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2009; 38(4): 406-417.
10. Titler MG, Pettit DM. Discharge readiness assessment. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1995; 9(4): 64-74.
11. ณรงค์ โพธิ์พุกขานันท์. ระเบียบวิจัย. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท; 2551.
12. ปฤษฎนพร ศิริจรรยา, รจนา อัสพันธ์. ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตนในหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี* 2560; 35-48.
13. ไพลิน อีระวัฒน์, จิราภรณ์ จิตานุกวัฒน์, นุสสรวิญญาน. ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมทักษะคุณแม่่มือใหม่ใส่ใจลูกกรักต่อความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ความสามารถของมารดาครรภ์แรก *2555; 39(1): 63-78.*



ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการต่อทักษะการพ่นยา และอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

THE EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON INHALER SKILLS AND DYSPNEA AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

Received: August 16, 2023

Revised: December 09, 2023

Accepted: December 14, 2023

วรรณภา โพธิยา¹, สุพัตรา บัวที^{2*}, สุรชาติ ลิทธิปกรณ์²

Wannapa Pothiya¹, Supatra Buatee^{2*}, Surachat Sittipakorn²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง Quasi-experimental research แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อทักษะการพ่นยาและอาการหายใจลำบาก
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 48 คน กลุ่มละ 24 คน กลุ่มควบคุมได้รับ
การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ประเมิน
ประสบการณ์ 2) ให้ความรู้การจัดการอาการ 3) ฝึกทักษะการจัดการอาการ 4) ปฏิบัติการจัดการอาการ
5) ประเมินผลการจัดการอาการ ใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และทักษะการพ่นยา ใช้สถิติ
t-test พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.61, p\text{-value} < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบาก กลุ่มที่
ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.85, p\text{-value} < 0.001$)
3) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($t = 10.93, p\text{-value} < 0.05$) 4) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบาก กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม
น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.42, p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ การนำโปรแกรมการจัดการอาการมาใช้ผู้ป่วยรับรู้อาการและสามารถจัดการ
อาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดอาการหายใจลำบาก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โปรแกรมการจัดการอาการ, ทักษะการพ่นยา, อาการหายใจลำบาก

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Graduate Student of Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

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



Abstract

This research was a two-group pretest-posttest quasi-experimental design. The objective was to the effects of symptom management programs on inhaler skills and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. who was treated as a patient in Buriram Hospital. Forty-eight inpatients were treated as control groups and experimental groups. Each group of Twenty-four participants received regular nursing care and the experimental group received a symptom management program with 5 steps: 1) Experience assessment, 2) Symptom management education, 3) Symptom management skills training, 4) Symptom management practice, 5) Symptom management assessment. Use the assessment form for dyspnea and inhaler skills. Data were analyzed using t-test, results were as follows: 1) The average score of inhaler skills in the programmed group was statistically significantly higher than that of the group receiving normal nursing. ($t = 9.61$, $p\text{-value} < 0.001$) 2) The average score of dyspnea in the programmed group was statistically significantly lower than that of the group receiving normal nursing. ($t = -5.85$, $p\text{-value} < 0.001$) 3) The average score of inhaler skills of the group receiving the program was statistically significantly higher than before receiving the program. ($t = 10.93$, $p\text{-value} < 0.05$) 4) The average score of dyspnea in the program was statistically significantly lower than before receiving the program. ($t = -3.42$, $p\text{-value} < 0.05$)

Suggestion: The implementation of symptom management programs helps patients recognize symptoms and manage them effectively and helps reduce dyspnea.

Keywords: patients with chronic obstructive pulmonary disease, symptom management programs, inhaler skills, respiratory distress syndrome



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตาย การเจ็บป่วยของประชากรทั่วโลก ประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ มีการคาดการณ์ว่าเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030⁽¹⁾ ประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีอัตราการเสียชีวิต จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คน ต่อประชาชน 100,000 คน ซึ่งการรักษาจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคได้ ในภาวะปกติผู้ป่วยจะมีการเหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง หรือไอมีเสมหะ ซึ่งอาการเหล่านี้จะไม่หาย แต่อาจจะเพิ่มความรุนแรงของโรคมามากขึ้นเรื่อยๆ⁽²⁾ เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นก็จะทำให้เกิดภาวะการกำเริบ (Exacerbation) เป็นสาเหตุการเสียชีวิต การกลับมารักษาซ้ำ และยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา ซึ่งพบว่า การเกิดการกำเริบเฉียบพลันทำให้สมรรถภาพปอดลดลง ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต้องพึ่งผู้อื่น⁽³⁾ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลัน คือ อาการหายใจลำบาก ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ อาการหายใจลำบากยังรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย⁽⁴⁾ ดังนั้น การแก้ไขเพื่อให้อาการหายใจลำบากทุเลาลงจึงเป็นวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากที่ได้ผลดี

การจัดการอาการหายใจลำบาก แบบไม่ใช้ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ด้วยการฝึกบริหารการหายใจ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการหายใจ เพิ่มปริมาตรปอด เพิ่มออกซิเจนในเลือด ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น⁽⁵⁾ ส่วนการฝึกการไอ เป็นการขับเสมหะออกจากปอด ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง ลดอาการหายใจลำบากได้⁽⁶⁾ และการจัดการอาการหายใจลำบากอีกวิธีหนึ่ง คือ การใช้ยา⁽⁷⁾

การจัดการอาการหายใจลำบากโดยการใช้ยา เป็นการจัดการอาการที่ตรงจุด เพราะยาจะช่วยลดการหดเกร็ง เพิ่มการขยายของหลอดลมทำให้อากาศไหลได้ดีขึ้น เป็นวิธีที่ใช้รักษาอาการเบื้องต้น ซึ่งยาขยายหลอดลม จะออกฤทธิ์ที่มีสเตอรินิก เป็นกลุ่ม Beta-2 Agonist ที่ออกฤทธิ์ยาว⁽⁷⁾ ช่วยให้อาการหายใจลำบากทุเลาลง ลดความรุนแรงที่จะเกิดการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ดังนั้น ผู้ป่วยต้องมีเทคนิคทักษะ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอน จึงจะทำให้ยาฟุ้งไปยังอวัยวะเป้าหมายได้ เกิดการพ่นยาที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหาในการพ่นยาที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ 1) ปัญหาด้านเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น ผู้ป่วยหายใจเข้ากับการสูดยาไม่สัมพันธ์กัน และผู้ป่วยไม่ได้กั้นหายใจระหว่างที่สูดยาเข้า⁽⁸⁾ ส่งผลให้ยาเข้าไม่ถึงตำแหน่งที่ยาออกฤทธิ์ ทำให้การควบคุมโรคได้ไม่ดีเท่าที่ควร ก่อให้เกิดการรักษาที่ล้มเหลว เพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁽⁹⁾ 2) ปัญหาทางกายภาพ เช่น แรงในการสูดพ่น กล้ามเนื้อบริเวณมือที่ใช้กด⁽¹⁰⁾ 3) ปัญหาด้านการคิดรู้ ไม่สามารถจำช่วงเวลาที่ต้องพ่นยาได้ ขาดทักษะในการพ่นยา⁽¹¹⁾ 4) ปัญหาด้านอุปกรณ์ เช่น การใช้อุปกรณ์การสูดพ่นไม่ถูกต้อง การใช้อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการสูดพ่นไม่เหมาะสม⁽⁹⁾ และ



ยังพบว่า ผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาซ้ำเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน จากการใช้ยาพ่นไม่เหมาะสม ขาดทักษะและเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง

การรับรู้การเกิดอาการเป็นการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน และการรบกวนการดำเนินชีวิต การรับรู้ประสบการณ์การเกิดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน จึงให้ความหมายของการรับรู้ประสบการณ์อาการที่แตกต่างกัน ประเมินความรุนแรง และตอบสนองแตกต่างกัน⁽¹²⁾ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค หากผู้ป่วยมีการรับรู้ประสบการณ์ตามความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลตามอาการก็จะส่งผลให้การจัดการอาการมีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะปฏิบัติตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และปรับเปลี่ยนตามความถูกต้อง เพื่อลดความรุนแรง บรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยรับรู้อาการหายใจลำบากด้วยตัวเอง หลังจากนั้นเป็นการให้ความรู้ และเมื่อมีความรู้ก็จะเกิดการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นต้องได้รับการจัดการอย่างไร หากมีการรับรู้ประสบการณ์ก็จะมีการตอบสนองในรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น บางรายจัดการอาการไม่ถูกต้อง บางรายจัดการอาการตามความเคยชิน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีรูปแบบการจัดการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์

การจัดการอาการเพื่อให้อาการทุเลามีกลวิธีการจัดการ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการจัดการอาการ ทักษะในการจัดการอาการ ประกอบด้วยการบริหารการหายใจ⁽¹⁴⁾ พบว่า สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการได้ และพบว่า การจัดการอาการต้องอาศัยการบอกเล่าถึงประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยให้พยาบาลฟัง เพื่อประเมินความสอดคล้องความต้องการของผู้ป่วย และทำให้การจัดการอาการมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾ เป็นการปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถ และบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการให้ความรู้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต เวลาหายใจมีเสียงดังวี๊ดออกมา ผู้ป่วยบอกว่าเป็นปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ได้ว่าการตีบแคบนี้ คือ ความรุนแรงที่ต้องได้รับการจัดการด้วยการพ่นยา บางครั้งก็ต้องนั่งโน้มตัวไปข้างหน้าจึงรู้สึกโล่ง บางครั้งก็ต้องยกไหล่แล้วหายใจสั้นๆ เร็วๆ นั่งพักก็จะหายไป อาการเหล่านี้เกิดขึ้นบ่อย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ประสบการณ์การเกิดอาการหายใจลำบากจึงทำให้ไม่สามารถบอกถึงความรุนแรงของอาการได้ พบว่า ผู้ป่วยมีการประเมินความรุนแรงไม่สอดคล้องกับอาการ คือ ผู้ป่วยหายใจมีเสียงดังวี๊ดเป็นภาวะที่หลอดลมตีบแคบ ใช้การจัดการอาการโดยนั่งพัก ไม่รู้ว่าอาการนี้ คือ ความรุนแรงระดับสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไข หรือจัดการอาการเบื้องต้นได้ จึงต้องมารับการรักษา ผู้ป่วยบางรายเลือกใช้การจัดการอาการด้วยการใช้ยาพ่น แต่มีปัญหาในด้านของทักษะการใช้ยาพ่น จับกระบอกยาไม่ถูกวิธี สูดพ่นไม่เหมาะสมกับการหายใจ ทำให้ยาไปไม่ถึงเป้าหมาย จากปัญหาของผู้ป่วยจึงนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการจัดการอาการ เพื่อให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตามส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้ยาพ่นถูกต้อง เพื่อควบคุมอาการ ความรุนแรง และลดการกลับมา รักษาซ้ำได้



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการต่อทักษะการพ่นยา และอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยามากขึ้น และมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนพ่นยาตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยใช้แนวคิดการจัดการอาการของคอคดด์⁽¹⁶⁾ อธิบายองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ
1) **ประสบการณ์อาการ** บอกถึงการรับรู้อาการ ความผิดปกติของอาการ การประเมินอาการ ความถี่ จำนวนครั้ง ความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก ส่งผลอย่างไร ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร 2) **การจัดการอาการ** ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้การจัดการอาการโดยใช้การทักษะพ่นยา การบริหารการหายใจ และการฝึกการไอ เนื่องจากการบริหารการหายใจสัมพันธ์กับการสูดพ่นยา ทำให้ทางเดินหายใจโล่งและขับเสมหะออกได้ดี เมื่อสูดพ่นยาเข้าไปด้วยจะได้อากาศไม่ไปจับกับเสมหะ ทำให้ยาเข้าสู่บริเวณเป้าหมายได้ง่าย ยาออกฤทธิ์ได้ตรงจุด 3) **ผลลัพธ์** อาการหายใจลำบากลดลง มีทักษะในการพ่นยา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะหายใจลำบาก กำเริบเฉียบพลัน มีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 ถึง ระดับ 3 ตามแนวทางของ GOLD Guideline 2017 ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ สามารถสื่อสารรู้เรื่อง พูด เขียน และอ่านภาษาไทยได้ กรณีผู้สูงอายุต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีคะแนน Montreal Cognitive Assessment 25 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยขอ



สละสิทธิ์ออกจากกรวิจัยหลังการยินยอมแล้ว เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะรับการรักษา เช่น มีอาการหายใจล้มเหลว เกิดการเสียชีวิต

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 อิทธิพลขนาดใหญ่ งานวิจัยใกล้เคียง ผลของโปรแกรมการพ่นยา ร่วมกับการให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ต่อการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁰⁾ เป็นการทดสอบทางเดียว ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน ป้องกันการสูญหาย (Attrition Rate) ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 23.33 คน เพิ่มเป็น 24 คน รวมทั้งหมด 48 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ผู้ดูแล ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ การสูบบุหรี่ จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยอาการหายใจลำบาก ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1.2 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS)⁽¹⁷⁾ เป็นแนวนอนมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน ตำแหน่ง 0 คะแนน อยู่ด้านขวาสุด หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก ตำแหน่งซ้ายสุด 100 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด การประเมินอาการหายใจลำบากแบบเส้นตรงแนวนอนสามารถวัดอาการหายใจลำบากได้ผลดี มีความไวระดับสูง สามารถประเมินอาการหายใจลำบากที่เปลี่ยนแปลงได้นาทีต่อนาที เป็นค่าที่บอกไม่ได้ชัดเจนเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งนำมาวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ คะแนนยิ่งสูงแสดงว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากรุนแรง และประเมินว่า ความรุนแรงน้อยที่สุด ความรุนแรงน้อย ความรุนแรงปานกลาง ความรุนแรงมาก ความรุนแรงมากที่สุด ตามระดับคะแนน

1.3 แบบประเมินทักษะการพ่นยา จำนวน 9 ข้อ กำหนดค่าปฏิบัติเป็น 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเป็น 0 คะแนน เป็นทักษะการพ่นยาแบบ Metered dose inhaler (MDI) ของ American College of Chest Physicians ปี 2006 และประเมินว่ามีคะแนนระดับดี ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมจัดการอาการ โดยการสาธิต และสาธิตย้อนกลับ สร้างขึ้นโดยประยุกต์รูปแบบการจัดการกับอาการของโรค⁽¹⁶⁾ รวมถึงทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การประเมินประสิทธิภาพ 2) การให้ความรู้การจัดการอาการ 3) การฝึก



ทักษะการจัดการอาการ 4) การปฏิบัติการจัดการกับอาการ 5) การประเมินผลการจัดการอาการ มีการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30–40 นาที สื่อที่ใช้ ได้แก่ การสาธิต แผนการสอน ประกอบด้วย การให้ข้อมูล คำแนะนำ สาธิตการการพ่นยาตามขั้นตอน การฝึกการหายใจ และการฝึกการไอ ส่วนคู่มือการจัดการอาการ ประกอบด้วย คู่มือบันทึกการพ่นยา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค อาการ สาเหตุ ปัจจัย การรักษา ประโยชน์ ความสำคัญของยาพ่น โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำ ส่วนโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ เป็นการสอนพ่นยาจากเภสัชกร พยาบาลแนะนำก่อนกลับบ้าน การมาตามนัด การรับประทานยา อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 2 ท่าน ได้ค่าคุณภาพความตรงของเนื้อหา CVI = 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน เพื่อให้สอดคล้องทางด้านเพศ อายุ ระดับความรุนแรง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวผู้วิจัยเอง โดยมีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 กลุ่ม ดังนี้

การพยาบาลตามปกติ สัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยอาการหายใจลำบาก ก่อนการจำหน่ายประเมินระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และระดับ 3 ประเมินอาการหายใจลำบาก และประเมินทักษะพ่นยา พบเภสัชให้ข้อมูลเรื่องยา พยาบาลให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 5 นัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล (Post-test) โดยนัดหมายตามการนัดของแพทย์เจ้าของไข้ ในสัปดาห์ที่ 5 หลังการวิจัยสิ้นสุดลงผู้วิจัยจะให้คู่มือ และสาธิตวิธีการพ่นยาเหมือนกันกับกลุ่มทดลอง

การพยาบาลด้วยโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รูปแบบการพยาบาลเป็นโปรแกรมการจัดการอาการ 5 ขั้นตอน ผู้ป่วยที่ต้องมีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และระดับ 3 โดยประเมินอาการหายใจลำบาก และทักษะพ่นยา จัดกิจกรรม 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30–40 นาทีโดยการสาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ ในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยมีการโทรสอบถามอาการทางวิดีโอคอล และสาธิตการจัดการอาการหายใจลำบาก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นของตนเอง ว่าใช้การประเมินอาการ



หายใจลำบากด้วยวิธีใด ตอบสนองอย่างไร และบอกถึงวิธีการจัดการอาการโดยให้ผู้ป่วยแสดงท่าทาง และสาธิตการจัดการอาการหายใจลำบาก และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยโดยไม่ได้แย้ง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นหลังจากประเมินประสิทธิภาพการอาการ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรค รวมถึงเสริมในจุดที่พบว่าเป็นปัญหาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะในการจัดการอาการ เป็นขั้นตอนการฝึกเพื่อให้เกิดความชำนาญ และจัดการอาการ ได้แก่ การพ่นยา การฝึกการหายใจ การฝึกการไอ โดยการสาธิต และให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม พร้อมทั้งให้สาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินความเข้าใจ และดูปัญหาว่ายังขาดจุดไหนจะได้เสริมให้ตรงจุด

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการจัดการกับอาการในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยต้องฝึกปฏิบัติการพ่นยา เข้า-เย็น ตามเวลา ฝึกบริหารการหายใจ เข้า-เย็น และฝึกการไอขับเสมหะ เข้า-เย็น ก่อนการพ่นยา ครั้งละ 20 นาที จากนั้นผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติ พร้อมกล่าวให้กำลังใจ และติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยการโทรสอบถามสัปดาห์ละครั้ง เพื่อประเมินความเข้าใจ และค้นหาปัญหา และสังเกตวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยว่ามีความเหมาะสมหรือไม่

ขั้นตอนที่ 5 นัดหมายของแพทย์ หลังจำหน่าย ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยประเมินอาการหายใจลำบาก ดูจากทักษะการพ่นยาของผู้ป่วยจากคะแนนทักษะการพ่นยาที่สูงขึ้น และดูจากแบบประเมินอาการหายใจลำบากที่ลดน้อยลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทักษะการพ่นยา และคะแนนอาการหายใจลำบากภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 386-56/2565 วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 นำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เคารพการตัดสินใจ สอบถามความยินยอมก่อนการเข้าร่วมวิจัย แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลา บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา ผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูล จะนำเสนอเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนและกลุ่มทดลองทีหลัง หลังสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับสื่อเหมือนกลุ่มทดลอง



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน

ข้อมูลลักษณะประชากร กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.66 ปี (S.D. =10.79) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 66.7 ญาติพี่น้องเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 20.8 และอาศัยอยู่กับคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 12.5 เมื่อเจ็บป่วยผู้นำส่งโรงพยาบาล บุตรหลาน ร้อยละ 58.3 คู่สมรส ร้อยละ 37.5 และไม่มีผู้นำส่ง ร้อยละ 4.2 ชนิดของยาพ่น MDI ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.85 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 72 ปี S.D. = 7.58 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 54.2 อาศัยอยู่กับคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 25 ญาติพี่น้องเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 16.7 และไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 4.2 เมื่อป่วยผู้นำส่งโรงพยาบาล บุตรหลาน ร้อยละ 66.7 คู่สมรส ร้อยละ 29.2 และเพื่อนบ้านเป็นผู้นำส่ง ร้อยละ 4.2 ชนิดของยาพ่น MDI ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.68 ปัจจัยการเกิดอาการหายใจลำบาก พบ ควันไฟเป็นปัจจัยกระตุ้นต่อการเกิดอาการหายใจลำบากทั้งสองกลุ่มมากที่สุด กลุ่มทดลอง ร้อยละ 41.7 และ กลุ่มควบคุมร้อยละ 37.5 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีลักษณะประชากรที่เหมือนกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนพ่นยาตามปกติ ผลเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยาของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.61$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยาของกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.25 (S.D. = 0.73) และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยาของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.04 (S.D. = 1.45) ดังรายละเอียดตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า ภายหลังการทดลองพบคะแนนทักษะการพ่นยาระดับดี ร้อยละ 66.66 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25 และระดับน้อย ร้อยละ 8.3 เมื่อเปรียบเทียบกับทักษะการพ่นยาก่อนการทดลอง พบว่า ระดับดี ร้อยละ 16.66 ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.66 และระดับน้อย ร้อยละ 16.66

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทักษะการพ่นยาและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 24$) และกลุ่มควบคุม ($n = 24$)

หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ทักษะการพ่นยา	5.04	1.45	8.25	0.73	9.61	0.001
อาการหายใจลำบาก	49.79	7.29	34.58	10.41	-5.85	0.001

** $p\text{-value} < 0.001$



สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนพ่นยาตามปกติ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.85$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองเท่ากับ 34.58 (S.D. = 10.41) และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 49.79 (S.D. = 7.29) ดังรายละเอียดตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับรุนแรงน้อยสุด ร้อยละ 12.5 รุนแรงระดับน้อย ร้อยละ 70.8 รุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 16.66 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองพบว่า รุนแรงระดับน้อย ร้อยละ 25 รุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 75

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการพ่นยาและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ($n = 48$)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน	หลัง	t	p-	ก่อน	หลัง	t	p-
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		value	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		value
ทักษะการพ่นยา	4.91 (1.41)	8.25 (0.73)	10.93	0.001	5.75 (1.39)	5.04 (1.45)	-3.09	0.005
อาการหายใจลำบาก	41.25 (15.75)	34.58 (10.41)	-3.43	0.002	42.91 (7.50)	49.79 (7.29)	-3.05	0.006

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า คะแนนทักษะการพ่นยาของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.93$, $p\text{-value} < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยาของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเท่ากับ 4.91 (S.D. = 1.41) และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยาของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเท่ากับ 8.25 (S.D. = 0.73) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.42$, $p\text{-value} < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเท่ากับ 41.25 (S.D. = 15.75) และ



ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเท่ากับ 34.58 (S.D. = 10.41) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อทักษะการพ่นยา และอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 5 ประเมินผลโดยวัดค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยา และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบาก ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพ่นยา มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนพ่นยาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย แพรรินทร์ ชรรณจริยาภรณ์ และคณะ (2562)⁽¹⁸⁾ การพ่นยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการใช้ยาสูดพ่นและการให้ความรู้ การปฏิบัติตามขั้นตอนการพ่นยา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้อง และรู้วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการอาการ

การบริหารการหายใจ การจัดการอาการที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นโปรแกรม คือ การฝึกทักษะในการหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบริหารการหายใจ ทำให้การหายใจสัมพันธ์กับการพ่นยา และการบริหารการหายใจยังเป็นการขับคาร์บอนไดออกไซด์ออก ช่วยเพิ่มการระบายอากาศในถุงลมลดการกั่งของอากาศ พบว่า ในการพ่นยาตามรอบปกติ เข้า-เย็น ผู้ป่วยทั้ง 24 ราย ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ใช้การฝึกบริหารการหายใจก่อนการพ่นยาตามรอบปกติ คือ รอบ เข้า-เย็น เพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและการหายใจเข้าออกลึกๆ แต่ครั้งยังเป็นการเพิ่มปริมาตรปอดสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ศรีนวล และคณะ (2562)⁽¹⁹⁾ พบว่า การบริหารการหายใจช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของปอด และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถสูดหายใจเข้าออกได้ถูกจังหวะ ช่วยลดอาการหายใจลำบาก

การไอขับเสมหะ การกั่งค้างของเสมหะทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ เกิดการหลังของเมือกเพิ่มมากขึ้น ทำให้หายใจไม่สะดวก หายใจลำบาก นำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจน การแลกเปลี่ยนก๊าซ และการระบายอากาศไม่ดี เมื่อเสมหะมีการกั่งค้างนานๆ ผู้ป่วยไม่สามารถระบายเสมหะออกได้ ทำให้ทางเดินหายใจถูกอุดกั้นด้วยเสมหะ เมื่อพ่นยาไปทำให้ยาไม่สามารถไปยังเป้าหมายได้ เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์ขยายหลอดลมทำให้อากาศผ่านเข้าไปในปอด และตัวยาก็จะกระตุ้น Beta Agonist ที่หลอดลม ทำให้หลอดลมขยายลดการหดเกร็ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนีย์ สะเดือระ และ



กาญจสุภัท บาลทิพย์ (2561)⁽⁶⁾ พบว่า การฝึกทักษะการไอจับเสมหะเป็นวิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยไอจับเสมหะก่อนการพ่นยา เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ลดอาการหายใจลำบาก และทำให้การพ่นยาเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น ยาไปยังอวัยวะเป้าหมายได้ตรงจุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Denie et al. (2019)⁽²⁰⁾ การฝึกการไอจับเสมหะทำให้อาการหายใจลำบากลดลง เสมหะไม่ไปอุดกั้นทางเดินหายใจ ผู้ป่วยหายใจโล่งขึ้น

ทักษะการพ่นยา ผู้ป่วยเกิดจากการเรียนรู้ และปฏิบัติซ้ำๆ จนสามารถทำได้ตามขั้นตอน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การฝึกซ้ำขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรม ใช้เทคนิคการสาธิตพร้อมกับให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ และทำไปพร้อมกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจกล้าที่จะปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญศรีศรี ธนย์ศิริธนากุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2560)⁽¹⁰⁾ พบว่าการพ่นยาทำให้กล้ามเนื้อของหลอดลมคลายตัว รูของหลอดลมมีการขยายตัวขึ้น ทางเดินหายใจโล่ง ต้องมีทักษะในการพ่นยาให้เกิดประสิทธิภาพ โดยการฝึกบริหารกล้ามเนื้อมือ การฝึกการหายใจให้สัมพันธ์กับการสูดพ่นยา และในรายที่ผู้ป่วยไม่มีแรงในการกดต้องใช้อุปกรณ์ช่วย และญาติผู้ดูแลช่วยเหลือ ต้องอาศัยการฝึกเพื่อให้เกิดความชำนาญ ผู้ป่วยถึงจะพ่นยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพ่นยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยยังทำไม่ถูกขั้นตอน และจดจำขั้นตอนต่างๆ ไม่ได้ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ตามขั้นตอน จะเห็นได้จากคะแนนการพ่นยาที่เพิ่มขึ้น

จากผลการศึกษา พบว่า มีความสอดคล้องกัน และสมมติฐานข้อที่ 2 สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทุกราย เล่าถึงประสบการณ์การเกิดอาการหายใจลำบาก การรับรู้อาการหายใจลำบาก และผู้ป่วยจัดการกับอาการหายใจลำบากอย่างไรเมื่อประเมิน และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แล้วใช้กลวิธีในการจัดการอาการหายใจลำบาก เช่น การสาธิตการฝึกการหายใจ เป็นการหายใจเข้าลึกๆ แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเข้าไปมากเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย⁽¹⁵⁾ ช่วยให้อาการหายใจโล่งขึ้น ลดการหดเกร็งของหลอดลม และยังเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการสูดพ่นยาที่เป็นจังหวะ เนื่องจากการบริหารการหายใจเป็นการหายใจเข้าลึก และหายใจออกยาวเหมือนกันกับการพ่นยา⁽²¹⁾ มีความสอดคล้องกับการวิจัย คือ การบริหารการหายใจช่วยให้คะแนนอาการหายใจลำบากน้อยลง

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** หากพยาบาลได้นำโปรแกรมการจัดการอาการไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยประเมินการรับรู้ประสบการณ์ ประเมินความรุนแรง ผลกระทบของอาการ และการจัดการอาการรวมถึงการส่งเสริมทักษะการพ่นยา การฝึกการหายใจ การฝึกการไอให้ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษา จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้

2. **ด้านการวิจัย** สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการหายใจลำบาก ให้สามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมด้วยการพ่นยาที่มีประสิทธิภาพ

3. **ด้านผู้ป่วย** สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวเรื่องการพ่นยาที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบาก เพื่อให้สามารถลดอาการหายใจลำบากด้วยการพ่นยาที่ถูกต้อง นำความรู้ไปใช้ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบากได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการจัดการอาการหายใจลำบากในภาวะที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการอาการได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณบดี คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้มอบโอกาสในการเรียน อบรมสั่งสอน ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณทุกคนที่สนับสนุนในทุกด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis
2. management and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 [internet]. USA: Global initiative for chronic obstructive lung disease; 2017 [cited 2017 Jun 2]. Available from: <http://goldcopd.org/>
3. วราภรณ์ ตรีวิชา, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, หทัยชนก บัวเจริญ. แนวทางการจัดการกับภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลันด้วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 18(1): 216-221.



4. ปิยะวรรณ กุลชัยรัตน์, กมลพร มากภิรมย์, สุดฤทัย รัตนโอภาส. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 30(2): 29-41.
5. van der Molen T, Miravittles M, Kocks JW. COPD management: role of symptom assessment in routine clinical practice. International journal of chronic obstructive pulmonary disease 2013; 461-471.
6. เสาวนีย์ เหลืองอร่าม, พรทิพย์ ศรีโสภะ, รวยริน ชนาวิรัตน์. การออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2561; 30(2): 226-236.
7. สุนีย์ เฮดือระ, กาญจน์สุภัท บาลทิพย์. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ muslim ที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารอัล-อิกมะฮ์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี 2561; 8(15): 111-127.
8. Miravittles M, D'Urzo A, Singh D, Koblizek V. Pharmacological strategies to reduce exacerbation risk in COPD: a narrative review. Respiratory Research 2016; 17: 1-15.
9. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิภาณี คงทน, ธนพัชร สุมนวิวัฒน์, วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. อิทธิพลของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูด การเกิดอาการกำเริบอายุและอุปสรรคในการรับการดูแลต่อความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิทยาศาสตร์การพยาบาลแห่งประเทศไทย 2563; 38(2): 74-87.
10. กฤติมา โภชนสมบุรณ์. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา. วารสารเวชศาสตร์และวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2563; 65(1): 73-82.
11. บุญศรีสมิ์ ธนย์ดิธินากุล, นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมการพ่นยา ร่วมกับการให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2560; 28(2): 97-110.
12. อัญชลี วรรณภิญโญ, ปริญดา พิธีธรรมานนท์. ประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาเรื่องยาและการติดตามการใช้ยาสูดพ่นโดยเภสัชกรในพระอาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์ 2560; 42(2): 49-57.
13. บัวชมพู เอกมาตร, เขารัตน์ มัชฌิม, จินพิชญ์ชา มะมม, เปี่ยมลาภ แสงสาขันธ์. ประสิทธิภาพอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(2): 80-92.
14. นุชรรัตน์ จันทโร, เนตรนภา คู่พันธ์วิ, ทิพมาส ชินวงศ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(3): 25-27.



15. อรสา ปิ่นแก้ว, วารี กังใจ, สหทัยา รัตนจรณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัดต่ออาการหายใจลำบากความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 29(2): 61-70.
16. มณฑา ทองคำสิง, สุรีพร ชนศิลป์. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559; 28(3): 44-54.
17. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher E S, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(5): 668-676.
18. Gift AG. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabil Nurs. 1989 Nov-Dec;14(6): 323-325.
19. แพรธินันท์ ธรรมจริยาภรณ์, เกวดิน คำพัฒน์, วุฒิพงษ์ ทาเปี้ย, ตรีนุช เปี่ยมปรีชา, สุชาติ เปี่ยมปรีชา. ผลการพัฒนาและนำวิธีไอสอนพ่นยาชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ภาษากะเหรี่ยงมาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าสองยาง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2562.
20. ประเสริฐ ศรีนวล, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, หทัยชนก บัวเจริญ. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อป้องกันการกำเริบของภาวะหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(2): 351-359.
21. O'Donnell DE, Milne KM, James MD, de Torres JP, Neder JA. Dyspnea in COPD: New Mechanistic Insights and Management Implications. Adv Ther. 2020 Jan; 37(1): 41-60.
22. วารุณี ดีบปะละ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมม. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ เสริมสร้างแรงจูงใจและฝึกทักษะการใช้ยาสูดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมทางคลินิกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564; 40(1): 112-127.



ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดุพนม จังหวัดนครพนม
HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIORS IN RATIONAL DRUG USE
AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, THATPHANOM DISTRICT,
NAKHON PHANOM PROVINCE

Received: July 20, 2023

Revised: December 17, 2023

Accepted: December 22,

ณัฐพล ผลโยน^{1*}

Nattaphon Ponyon^{1*}

บทคัดย่อ

การใช้ยาไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั่วโลก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 348 คน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.3 และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.8 และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ($r = 0.125$)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยการพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้สามารถนำไปถ่ายทอดแก่ชุมชน เพื่อลดปัญหาการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชดุนม

Department of Pharmacy and Consumer Protection, Thatpanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom

*Corresponding author E-mail: modx17@hotmail.com



Abstract

Irrational drug use is a global public health problem. The objectives of this study were to examine the levels of health literacy and health behavior in rational drug use (RDU) among 348 village health volunteers in That Phanom District, Nakhon Phanom Province. A questionnaire was developed by the Health Education Division, Department of Health Service Support, and Ministry of Public Health. The study was conducted During November 2022 to January 2023. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

The result of the study showed that most Village Health Volunteers, (VHVs) had good levels of health literacy of 35.3% and 65.8% of VHVs had a very good level of health behaviors in rational drug use. Health literacy was a positive relationship with health behavior in rational drug use at a statistically significant level of 0.02 ($r = .125$).

Recommendations should promote health literacy and health behavior in rational drug use by developing potential Village health volunteers can share it with the community to further reduce the problem of irrational drug use in the community.

Keywords: Health Literacy, Health Behaviors, Rational Drug Use, Village Health Volunteers



บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่า “ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” เป็นแนวคิดที่สำคัญอย่างมาก จึงได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยได้มีการให้ความหมายไว้ว่า ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจสามารถวิเคราะห์ประเมิน และจัดการสุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้⁽²⁾

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” เป็นนโยบายที่ประเทศสมาชิกต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก การใช้ยาไม่สมเหตุผลยังเป็นปัญหาใหญ่ในระดับโลก ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา⁽³⁾ ในประเทศไทยได้มีการประกาศนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network , UHosNet) และโรงพยาบาลต่างๆ ได้ร่วมกันนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เกิดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้านการส่งใช้และกระจายยา เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า ในปี 2565 มีการปรับรูปแบบ และขยายเครือข่ายจากโรงพยาบาล (RDU Hospital) ไปสู่ภาคส่วนต่างๆ (RDU Province, RDU District) ตลอดจนชุมชน (RDU Community) เพื่อเข้าสู่ภาคส่วนระดับประเทศ⁽⁴⁾

การใช้ยาไม่สมเหตุผลส่งผลให้เกิดการฉ้อฉลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างทั่วโลก มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ คิดเป็นความสูญเสียในแต่ละปีประมาณ 4,000-5,000 ล้านดอลลาร์ในสหรัฐอเมริกา และ 9,000 ล้านยูโรในยุโรป ส่วนในประเทศไทย พบว่ามีการสูญเสียประมาณ 40,000 ล้านบาทต่อปี⁽⁵⁾

งานวิจัยศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยใช้ยาชุด ร้อยละ 18-48 และเคยใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร ร้อยละ 13-56 แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว เช่น สถานีวิทยุ ร้านยา ร้านชำ คลินิกแพทย์ รถเร่ เพื่อนบ้าน ขายตรง หรือคนรู้จักผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักใช้ยาสมุนไพรหรือแสวงหาวิธีการรักษาอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันที่แพทย์สั่งใช้ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ อาจมีการปนสเต็มหรือตัวยาอื่นๆ ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยง และสาหัสผลกระทบท่อสุขภาพหรือความผิดปกติต่างๆ เช่น Cushing's syndrome, Metabolic disorder, Adrenal insufficiency เป็นต้น จากการศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่คนไข้ได้รับสารสเตียรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ พบว่า ความชุกของ Adrenal crisis และ Adrenal insufficiency สูงถึง 4/1000 และ 9/1000 ตามลำดับ และอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ Cushing's syndrome (48/1000 คน) โดยผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการดังกล่าว จะมีระยะเวลาอยู่



โรงพยาบาลน่านขึ้น คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นประมาณ 4,455 บาทต่อคน หรือผลกระทบต่อประเทศประมาณ 1,900 ล้านบาทต่อปี⁽⁶⁾ ซึ่งสะท้อนปัญหาผลกระทบต่อทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ใช้ยาไม่สมเหตุผล ปัจจุบันปัญหาการใช้ยาปนสเต็มยอยดยังคงพบอยู่ และยังมีมากขึ้นซึ่งมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และเกิดปัญหาในรูปแบบใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกัน⁽⁷⁾

นอกจากนี้ การใช้ยาไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดความเลื่อมมากขึ้นต่ออุบัติการณ์การเกิดปัญหาการใช้ยา โดยเฉพาะการเกิดปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งพบถึงร้อยละ 40 โดยปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นที่บ้าน เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ถึงร้อยละ 84.7⁽⁸⁾

พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผล คือให้ยาให้ “ถูกโรค ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกบุคคล ถูกทาง” รวมถึงเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดทักษะดังกล่าวให้กับคนในครอบครัวและชุมชนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁾ จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบัน และภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กันบางรายเลือกรักษาแบบแผนปัจจุบันก่อนการตัดสินใจใช้วิธีอื่น หลังจากรับการรักษาจะมีอาการที่ดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยนสถานที่ หรือเปลี่ยนตัวยา หรือสมุนไพรที่ใช้รักษา แต่จะไม่เข้าใจในเรื่องผลข้างเคียงการแพ้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาส่วนใหญ่ คือ มีการใช้ยาโดยไม่ได้ตระหนักถึงอันตราย ขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากความเชื่อผิดๆ⁽⁹⁾ ซึ่งการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมนี้เกิดจากการที่ อสม.ขาดความรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผล พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของ อสม.จึงมีความสำคัญ หาก อสม.มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลจะสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง เป็นต้นแบบ และสามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ประชาชนในชุมชนใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือยา และเสียชีวิตจากการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชนต่อไป⁽¹⁰⁾

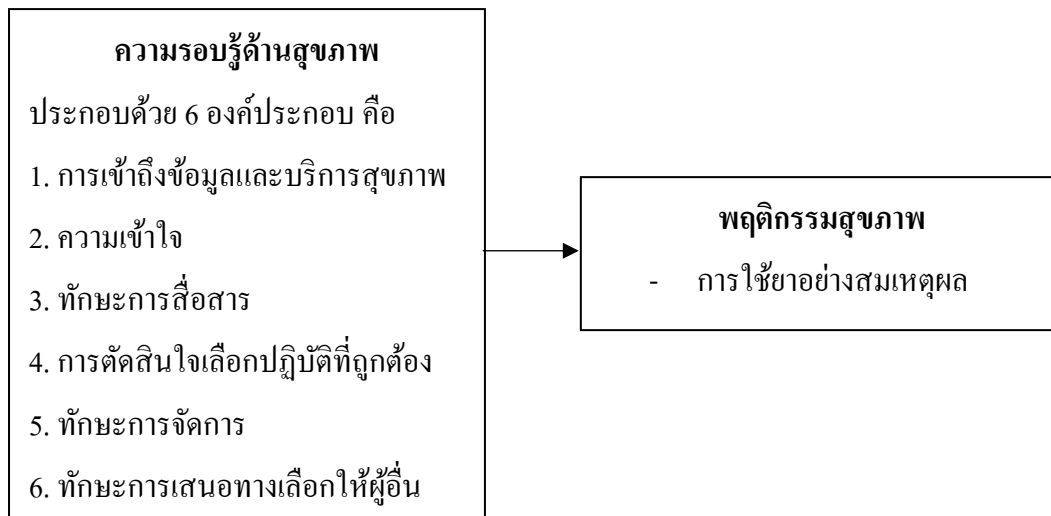
การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส⁽¹⁰⁻¹²⁾ การป้องกันโรคเรื้อรัง⁽¹³⁾ การใช้กัญชาทางการแพทย์⁽¹⁴⁾ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹⁵⁾ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก^(16, 17) ของ อสม. ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลยังมีไม่มาก⁽¹⁸⁾ และในอำเภอธาตุพนม ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ อสม. การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผลใน อสม. จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ อสม.สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติ และเผยแพร่ให้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้ประชาชนใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการเกิดเชื้อดื้อยาในชุมชนในอนาคต



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ อสม.
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ อสม.

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 1,500 คน⁽¹⁹⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 316 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็นจำนวน 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงมีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 348 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) และเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยเลือก อสม.จากหน่วยบริการ 4 แห่งจากทั้งหมด 17 แห่ง โดยจัดกลุ่มหน่วยบริการของแต่ละหน่วยบริการตามขนาดประชากร อสม. ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้



กลุ่ม 1 หน่วยบริการขนาดใหญ่ อสม.มากกว่า 400 คนขึ้นไป มี 5 หน่วยบริการ หลังจากนั้น สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก คือ นำรายชื่อหน่วยทั้ง 5 หน่วยบริการใส่ในภาชนะทึบแสง แล้วนำมาจับฉลากจำนวน 1 หน่วยบริการ ผลการสุ่มได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม กลุ่ม 2 หน่วยบริการขนาดกลาง อสม.มากกว่า 200 คนแต่ไม่ถึง 400 คน มี 8 หน่วยบริการ หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก คือ นำรายชื่อหน่วยทั้ง 8 หน่วยบริการใส่ในภาชนะทึบแสง แล้วนำมาจับฉลากจำนวน 2 หน่วยบริการ ผลการสุ่มได้ กุดฉิม และ โพนแพง กลุ่ม 3 หน่วยบริการขนาดเล็ก อสม.น้อยกว่า 200 คน ได้ 4 หน่วยบริการ หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก คือ นำรายชื่อหน่วยทั้ง 4 หน่วยบริการใส่ในภาชนะทึบแสง แล้วนำมาจับฉลากจำนวน 2 หน่วยบริการ ผลการสุ่มได้ โคกสว่างพัฒนา จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลากจนครบตามจำนวนที่คัดเลือกตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) เป็น อสม.ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ อยู่ในพื้นที่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเป็น อสม.มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) อสม.ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย และไม่สามารถให้ข้อมูล หรือไม่สามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประยุกต์ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.และประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 : ความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 6 ข้อ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 6 ข้อ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ 6 ข้อ การตัดสินใจด้านสุขภาพ 6 ข้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6 ข้อ และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ 6 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด แต่ละองค์ประกอบมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด 5 คะแนน ระดับมาก 4 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน ระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพรายองค์ประกอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก (คะแนน 24-30) ระดับดี (คะแนน 21-23.99) ระดับพอใช้ (คะแนน 18-20.99) ระดับไม่ดี (คะแนนรวมน้อยกว่า 18 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนความรู้สุขภาพโดยรวม แบ่งเป็น



4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก (คะแนน 144-180) ระดับดี (คะแนน 126-143) ระดับพอใช้ (คะแนน 108-125) ระดับไม่ดี (คะแนนรวมน้อยกว่า 108 คะแนน)⁽²⁾

ส่วนที่ 3 : พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ผล จำนวน 3 ข้อ คะแนนรวม 12 คะแนน แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับพฤติกรรม ดังต่อไปนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน น้อยครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน โดยข้อคำถามที่ 1 เป็นข้อคำถามเชิงบวก และข้อที่ 2-3 เป็นข้อคำถามเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การแปลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก (คะแนน 9.6-12) ระดับดี (คะแนน 8.4-9.5) ระดับพอใช้ (คะแนน 7.2-8.3) ระดับไม่ดี (คะแนนรวมน้อยกว่า 7.2)⁽²⁾

เกณฑ์การแปลผลความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์ตามแบบของ Best⁽²⁰⁾ ดังนี้ 0.81-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันมาก 0.51-0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง 0.21-0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือต่ำ 0.01-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก 0.00 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.และประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม.ที่มีบริบท และลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน พบว่า มีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.93 และรายด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.78 ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติเท่ากับ 0.79 ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ เท่ากับ 0.83 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.78 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเท่ากับ 0.90 ด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 0.85 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลเท่ากับ 0.63

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของ อสม. วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของ อสม. ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม เอกสารรับรองเลขที่ 060/65 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.จำนวน 348 คน ของการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.9 (264 คน) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 51.7 ± 8.7 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.0 (146 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.3 (269 คน) ไม่มีโรคประจำตัว แสดงดังตารางที่ 1

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 32.5 มีความรอบรู้ระดับดี และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 133.85 ± 21.41 คะแนน อยู่ในระดับดี คะแนนสูงสุดเท่ากับ 180 คะแนน และคะแนนน้อยสุดเท่ากับ 73 คะแนน

เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า ส่วนใหญ่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านความเข้าใจ ในข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ, ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ, ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ, ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง, ด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับดีมากทุกองค์ประกอบ ร้อยละ 46.0, 39.7, 48.3, 38.2, 44.6 และ 35.9 ตามลำดับ และระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน อยู่ในระดับดี คือ $22.9 \pm 3.8, 22.2 \pm 3.8, 22.5 \pm 4.2, 22.1 \pm 4.1, 22.6 \pm 4.3$ และ 21.6 ± 4.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=348)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	84	24.1
	หญิง	264	75.9
อายุ (Mean = 51.7, S.D.= 8.7)	20-30 ปี	2	6.0
	31-40 ปี	34	9.8
	41- 50 ปี	111	31.9
	51-60 ปี	146	42.0
	มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	55	15.8
โรคประจำตัว	เบาหวาน	24	6.9
	ความดันโลหิตสูง	28	8.1
	เบาหวานและความดัน	6	1.7
	โรคไตวายเรื้อรัง	5	1.4
	อื่นๆ	16	4.6
	ไม่มีโรคประจำตัว	269	77.3



ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.8 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และระดับคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดีมาก คือ 10.25 ± 1.79 คะแนน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n = 348)

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	ระดับ จำนวน(ร้อยละ)				Mean	SD	ระดับ คะแนนเฉลี่ย
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
1. การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ	53(15.2)	40(11.5)	95(27.3)	160(46.0)	22.9	3.8	ระดับดี
2. ความเข้าใจ ใน ข้อมูลและบริการ สุขภาพที่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติ	63(18.1)	57(16.4)	90(25.9)	138(39.7)	22.2	3.8	ระดับดี
3. การโต้ตอบ ซักถามเพื่อเพิ่ม ความรู้ความเข้าใจ	63(18.1)	43(12.4)	74(21.3)	168(48.3)	22.5	4.2	ระดับดี
4. การตัดสินใจ ด้านสุขภาพ	68(19.5)	56(16.1)	91(26.1)	133(38.2)	22.1	4.1	ระดับดี
5. การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ตนเอง	69(19.8)	38(10.9)	79(22.7)	162(44.6)	22.6	4.3	ระดับดี
6. การบอกต่อและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพ	106(30.5)	39(11.2)	78(22.4)	125(35.9)	21.6	4.4	ระดับดี
ความรอบรู้ด้าน สุขภาพโดยรวม	37(10.6)	75(21.6)	123(35.3)	113(32.5)	133.85	21.41	ระดับดี
พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล	37(10.6)	16(4.6)	66(19.0)	229(65.8)	10.25	1.79	ระดับดีมาก

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ อสม. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกใน



ระดับน้อยมาก กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.125$) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของ อสม.

รายการ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับการสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล		
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.056	0.298	ไม่สัมพันธ์
2. ความเข้าใจ ในข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	0.137	0.010	น้อยมาก
3. การได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	0.122	0.022	น้อยมาก
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	0.130	0.015	น้อยมาก
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	0.130	0.016	น้อยมาก
6. การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	0.076	0.158	ไม่สัมพันธ์
ภาพรวม	0.125	0.02	น้อยมาก

สรุปผลการวิจัย

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.พบว่า อสม.อยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.3 มีความรอบรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 32.5 และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี (133.85 ± 21.41 คะแนน) และ พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของอสม.อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.8 และระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอยู่ในระดับดีมาก (10.25 ± 1.79 คะแนน)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของ อสม.พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยมากกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.125$)



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน อสม. อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.3 มีความรอบรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 32.5 เนื่องจาก อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอธาตุพนม ได้รับการอบรมจากหน่วยงานสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเฉพาะหลักสูตร อสม. 4.0 รวมทั้งเขตพื้นที่อำเภอธาตุพนมมีการส่งเสริมให้ อสม. มีการใช้แอปพลิเคชัน smart อสม. ซึ่งมีคลังความรู้ให้แก่ อสม. ในการศึกษาจึงทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว⁽¹²⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของ อสม. อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.80 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยา ใจคำจักรกฤษณ์ วังราษฎร์ และอักษรา ทองประทุม⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.31 และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยวดี รอดจากภัย และนิภา มหารัษฎพงศ์⁽¹³⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่า อสม. มีความสามารถ และทักษะตามความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลอง V-shape ของกรมอนามัย คือ 1) เข้าถึง 2) เข้าใจ 3) ได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยน 4) ตัดสินใจ 5) เปลี่ยนพฤติกรรม 6) บอกต่อ เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ดีส่งผลต่อสุขภาพที่ดีต่อไป และยังมี การศึกษาของดาวรุ่ง เขียวกุล ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิมและนิภา มหารัษฎพงศ์⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 75.1

พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ อสม. อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.8 และระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดีมาก (10.25 ± 1.79 คะแนน) จึงแสดงว่า อสม. มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนี้อย่างถูกต้อง สม่าเสมอ เนื่องจากการกำหนดให้ อสม. มีบทบาทดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้าน และดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในการสำรวจร้านขายในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายในครัวเรือน และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการแต่งตั้งให้มีคณะกรรมการ อย. ระงับภัยในตำบลที่แสดงบทบาทการเฝ้าระวังเกี่ยวกับปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และปัญหาจากการใช้ยา จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว⁽¹²⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ



และพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 59.0 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรรัตน์ คุหะมณี, ยวดี รอดจากภัย และนิภา มหาราชพงศ์⁽¹³⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรังที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชัย พวงสด, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ และพุดพิงศ์ มากมาย⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.83 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ดาวรุ่ง เขียวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหาราชพงศ์⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ อสม.พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยมากกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.125$) อันเนื่องมาจาก อสม.ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จึงไม่มีการใช้ยาเป็นประจำส่งผลให้ระดับความสัมพันธ์ในเชิงบวกในระดับน้อยมาก ถึงแม้ว่าจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ในระดับดีและระดับดีมาก ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับดี แสดงให้เห็นว่า เมื่อ อสม.มีความจำเป็นต้องใช้ยาก็สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว⁽¹²⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.337$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิชัย พวงสด, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ และพุดพิงศ์ มากมาย⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.เขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.862$) สามารถสรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ และดูแลสุขภาพของตนเองได้



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยที่ได้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อยู่ในระดับดี และความรอบรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยการพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้สามารถนำไปถ่ายทอดแก่ชุมชน เพื่อลดปัญหาการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลในชุมชนต่อไป

2. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ อสม. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกระดับที่สนับสนุนให้มีการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม สาธารณสุขอำเภอธาตุพนม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่ร่วมวิจัยในครั้งนี้ และ อสม. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health promotion glossary Geneva: World Health Organization; 1998 [cited 2022 October 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
2. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
3. องค์การอนามัยโลก. The rational use of drugs : report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985; 1985.
4. นพคุณ ธรรมรัชชารี, นุชรินทร์ โตมาหา, สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3): 281-8.



5. กาญจนา เลียงใส, ลีลาวดี ศรีสอน และนริศรา พรหมบุตร. การพัฒนาแนวทางเพื่อลดการจำหน่ายยาผิดกฎหมายของร้านชำในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารเภสัชกรรมไทย 2564; 14(1): 62-9.
6. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์, สุนทรี ท. ชัยสัมฤทธิ์โชค, สมหญิง พุ่มทอง, ภูริดา เวียนทอง, ศิราณี ขงประเดิมและจันทนา ลีสวัสดิ์. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000; 2563.
7. สุกัญญา ประเสริฐสุข. บทเรียนการทำงานการจัดการปัญหาการใช้สเตียรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสม. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (online) 2564; 1(1): 1-10.
8. พชรณัฐ ษยณัฐพงศ์. ปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในทีมหมอครอบครัวของเครือข่ายสุขภาพพรหมคีรี. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(1): 103-10.
9. สินีนาฏ วิทยพิเชฐสกุล, อุกฤษฏ์ สิทธิบุษย์. พฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลบ่อแก้วทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 9(1): 117-28.
10. กฤตภณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2565; 14(1): 206-18.
11. จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วัชรชัย และอภัยรา ทองประชุม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564; 8(2): 1-24.
12. กฤษฏี วัฒนธรรม, ชีรพล ทิพย์พะยอม และอัสจนา เฟื่องจันทร์. รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. เภสัชศาสตร์อีสาน 2564; 17(3): 1-15.
13. อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย และนิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์ 2563; 45(1): 137-42.
14. ภาณุชนาถ อ่อนไกล และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(2): 28-38.
15. คาวรุ่ง เขียวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1): 257-72.



16. วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอบางสะพาน จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(1): 35-44.
17. พิชัย พวงสด,อมรศักดิ์ โพธิ์อำ และพุดพิงษ์ มากมาย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอบางสะพาน จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์. 2563; 1(3): 1-12.
18. ศุทธิณี วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนัย, พิเชษฐ์ แซ่โซ้ว, คำรห์ ทริยะ, ศิวไล ปันวารินทร์ และพรฤตินิธิรัตน์. ความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2563; 12(2): 72-82.
19. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ฐานข้อมูลณกส-อสม.อำเภอบางสะพาน จังหวัดนครศรีธรรมราช 2566 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/new2020/cremation/tambon?year=2562&district=4805#>
20. Best J W. Research in Education. 3,editor. Englewood cliffs :N.J.: Prentice-Hall; 1977.



การพัฒนาศักยภาพการจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ที่อยู่ในความดูแล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่จังหวัดตราด

DEVELOPMENT OF QUALITY MANAGEMENT OF VILLAGE WATER SUPPLY SYSTEMS PRODUCED BY LOCAL ADMINISTRATIVE ORGANIZATIONS IN TRAT PROVINCE AREA

Received: October 02, 2023

Revised: December 15, 2023

Accepted: December 31, 2023

ปราการ อภิบาลศรี^{1*}

Prakan Apibalsri^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพการจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่จังหวัดตราด โดยใช้กระบวนการงานมาตรฐาน EHA 2001 เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระบบประปาหมู่บ้านที่มีผลการประเมินคุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และเกณฑ์คุณภาพน้ำดื่ม ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตราด จำนวน 4 แห่ง ผู้เกี่ยวข้องกับการกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกิจการประปา 60 คน และผู้ใช้น้ำ จำนวน 400 หลังคาเรือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารกิจการประปา มีความรู้เกี่ยวกับระบบประปาหมู่บ้าน และการจัดการระบบประปาหมู่บ้านเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.6 ผลการประเมินคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน พบว่า หมู่บ้านที่เข้าร่วมการพัฒนาการจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน และประชาชนผู้ใช้น้ำประปามีความพึงพอใจต่อการให้บริการของระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก

การจะนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพน้ำประปา ไปใช้ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรต้องพัฒนาทีม และคณะทำงานให้เข้าใจ และมีความตระหนักในระบบการทำงานที่ต้องแสวงหาการสนับสนุนจากเครือข่าย พร้อมทั้งควรมีการจัดทำคู่มือ แนวทางการปฏิบัติงาน ที่กำหนดขั้นตอนวิธีปฏิบัติงานที่จำเป็น เพื่อสร้างความเข้าใจ และใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานในแต่ละระดับให้สอดคล้อง ตรงกัน

คำสำคัญ: คุณภาพน้ำประปา, การพัฒนารูปแบบ, EHA 2001

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด

Muang Trat District Public Health Office

*Corresponding author E-mail: persian.apibalsri@gmail.com



Abstract

The research that develops the quality management potential of village water supply systems under the care of local government organizations in Trat Province implementing the EHA 2001 standard procedure as research for development. The sample group consists of a village water supply system whose water quality assessment results exceeded the standards and drinking water quality criteria in the area of Mueang District, Trat Province, totaling 4 locations; those involved in the development process include a waterworks management committee of 60 people; and the water consumers from 400 households. A questionnaire was used to gather the data.

The results of the research showed that the Water Supply Management committee's proficiency with village water supply systems and their administration rose to a high degree of 66.6 percent. The results of the village tap water quality assessment revealed that villages participating in the development of village tap water quality management met the village tap water quality assessment criteria, and people who use tap water are very satisfied with the services provided by the village water supply system.

To apply the tap water quality development model in local government organizations, teams and working groups should be formed to comprehend and be aware of the work system that requires network support. In addition, a work manual that outlines essential work processes to develop understanding and be used as a guideline for operations at each level to be uniform and consistent should be produced.

Keywords: tap water quality, model development, EHA 2001



บทนำ

น้ำเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทุกชนิด การหาน้ำสะอาดเพื่อใช้ในการอุปโภค-บริโภค จึงเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน ที่ประชาชนควรได้รับอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพ ดังนั้น รัฐจึงมีหน้าที่ในการจัดสรรให้ประชาชนมีน้ำสำหรับบริโภคและอุปโภคอย่างเพียงพอ และมีคุณภาพตามมาตรฐาน ส่งผลให้ประชาชนมีสุขอนามัยที่ดี รัฐบาลจึงมีการกำหนดนโยบายโดยมีเป้าหมายให้ทุกหมู่บ้านมีแหล่งน้ำเพื่ออุปโภค-บริโภคอย่างทั่วถึง และพอเพียงภายในปี 2550 รวมทั้งมีระบบประปาครบทุกหมู่บ้านภายในปี 2551 จากการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ ได้มีการสำรวจข้อมูลระบบประปาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและคุณภาพน้ำประปา พบว่า คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำ ตามประกาศของกรมอนามัย ร้อยละ 34 โดยตรวจพบการปนเปื้อนแบคทีเรียมากที่สุด ร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ ปัญหาทางเคมี และกายภาพ ร้อยละ 17.6 และ 8.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ จากการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5 มีการเจ็บป่วยจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงมีอุบัติการณ์สูงเป็นลำดับต้นๆ ในโรคติดต่อ 10 ลำดับแรกของเขตสุขภาพที่ 5⁽²⁾ ประกอบกับนโยบายการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่เน้นด้านการส่งเสริมการท่องเที่ยวเพื่อสร้างเสริมรายได้ของประชาชนในพื้นที่ น้ำประปาจึงเป็นแหล่งน้ำบริโภค-อุปโภคที่สำคัญและจำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคให้สะอาด และปลอดภัยเพียงพอ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งปัจจุบันผู้ผลิตน้ำประปาโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล, องค์การบริหารส่วนตำบล และคณะกรรมการหมู่บ้าน มีความเสี่ยงด้านคุณภาพ และไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากคณะกรรมการยังขาดองค์ความรู้ ไม่มีการดูแลจัดการควบคุมกำกับการผลิตน้ำประปาที่เป็นระบบ ส่งผลต่อคุณภาพน้ำประปาที่ไม่ได้มาตรฐาน

สำหรับจังหวัดตราด มีการสำรวจ และประเมินมาตรฐานระบบประปาหมู่บ้านที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะกรรมการหมู่บ้าน รวม 160 แห่ง พบว่า ผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก และระดับดี จำนวน 54 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.75 และอยู่ในเกณฑ์ระดับที่ต้องพัฒนา และปรับปรุงเร่งด่วน จำนวน 106 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.25⁽³⁾ เมื่อจำแนกตามสภาพปัญหาที่ตรวจพบ จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม⁽³⁾ คือ 1) กลุ่มเป้าหมายเร่งด่วน จำนวน 26 แห่ง ได้แก่ ระบบประปาหมู่บ้านที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้ในการให้บริการประชาชน เนื่องจากไม่มีความสะอาดหรือคลอรีนตามมาตรฐาน อาจส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ ได้ 2) กลุ่มเป้าหมายระยะกลาง จำนวน 41 แห่ง ที่มีระบบการเติมคลอรีนแล้ว แต่คุณภาพน้ำประปาปลายทางยังมีปริมาณคลอรีนต่ำกว่ามาตรฐาน ควรมีการปรับปรุงระบบการเติมคลอรีน และ 3) กลุ่มเป้าหมาย



ระยะยาว จำนวน 66 แห่ง ที่มีโครงสร้างระบบการปรับปรุงคุณภาพน้ำ แต่ไม่มีเครื่องเติมคลอรีนหรือมีแต่ชำรุด มีความจำเป็นต้องจัดหาอุปกรณ์ทดแทน

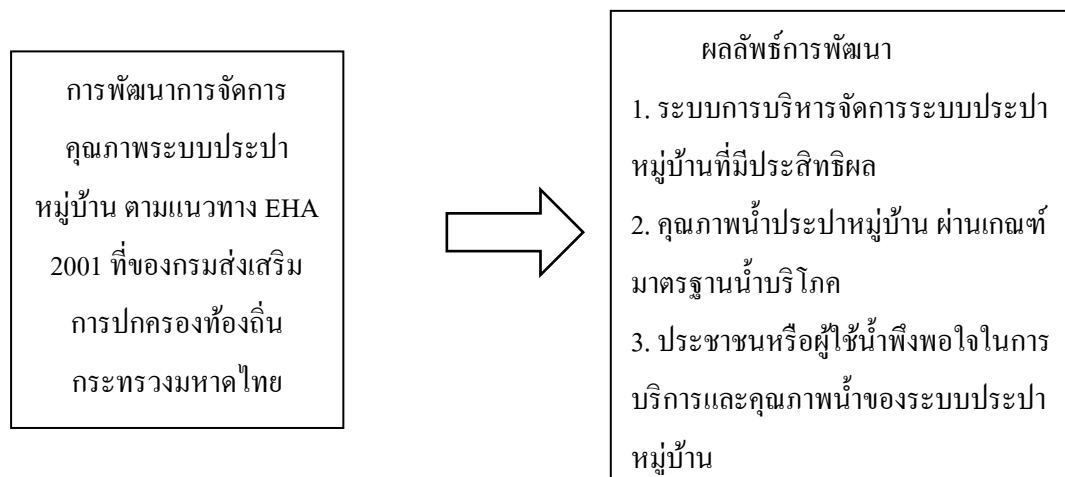
จากสภาพปัญหาดังกล่าว การพัฒนาคุณภาพน้ำประปาที่ผลิตโดยท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานเป็นประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนา เพราะหากปล่อยไว้จะเกิดผลเสียต่อการให้บริการประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้วิจัยจึงคัดเลือกระบบประปาหมู่บ้านที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอยู่ในกลุ่มเป้าหมายเร่งด่วน ที่มีคุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภค และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครใจจะร่วมการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมาตรฐาน EHA 2001⁽⁴⁾ เป็นแนวทางในการพัฒนา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม และสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาระบบการผลิตน้ำบริโภคให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน EHA 2001 ในกลุ่มเป้าหมายระยะกลาง และระยะยาว และในพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัดตราดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาการจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้านที่ผลิตโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดตราด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค ให้มีความปลอดภัยในการบริโภค และเกิดความพึงพอใจของประชาชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำเสนอสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพ ที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (Research and Development: R&D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประปาหมู่บ้าน ที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ จังหวัดตราด ทุกแห่ง รวมทั้งสิ้น จำนวน 160 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา: ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับรูปแบบการกรณีศึกษาที่เหมาะสมกับความต้องการ และตอบวัตถุประสงค์การวิจัย^(5,6) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ระบบประปาหมู่บ้านที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ระบบประปาหมู่บ้านที่มีผลการประเมินคุณภาพระบบประปาและคุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและเกณฑ์คุณภาพน้ำดื่ม
3. ระบบประปาหมู่บ้านที่มีผลการประเมินคุณภาพระบบประปา และคุณภาพน้ำที่ต้องมีการดำเนินการปรับปรุงหรือพัฒนาอย่างเร่งด่วน

เกณฑ์คัดออก

คณะกรรมการบริหารกิจการประปาหรือผู้บริหารกิจการประปาไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ประปาหมู่บ้าน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตราด ที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายเร่งด่วน ที่มีคุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภค และสมัครใจจะร่วมพัฒนา จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ระบบประปาหมู่บ้านเนินผึ่ง หมู่ที่ 2 บ้านเสม็ดแดง อบต.ท่ากุ่ม ระบบประปาหมู่บ้านหมู่ที่ 6 บ้านคลองขวาง อบต.ท่ากุ่ม ระบบประปาหมู่บ้านหมู่ที่ 6 บ้านฉางเกลือ อบต.ห้วยแร้ง ระบบประปาหมู่บ้านหมู่ที่ 9 บ้านหินโคร่ง อบต.ห้วยแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดตราด และได้ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกิจการประปาหรือผู้บริหารกิจการประปา ของประปาหมู่บ้านทั้ง 4 แห่งๆ 15 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน และประชาชนผู้ใช้น้ำ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ดำเนินการพัฒนาระบบประปาหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดตราด จำนวน 350 หลังคาเรือน ที่ได้มาโดยการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่⁽⁷⁾

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นทำความเข้าใจปัญหา โดยการประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารกิจการประปาหรือผู้บริหารกิจการ องค์กรชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ดำเนินการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นการดำเนินการพัฒนา



2. ชี้แนะเสนอสภาพปัญหาการดำเนินงานของระบบประปาหมู่บ้าน ที่ผ่านมาโดยการประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) เพื่อให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารกิจการประปาหรือผู้บริหารกิจการ องค์กรชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ดำเนินการศึกษา ทบทวนการบริหารกิจการประปา/ปัญหา อุปสรรค และนำเสนอผลการประเมินคุณภาพระบบประปา และคุณภาพน้ำดื่มของพื้นที่ในอดีต พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง และสมาชิกผู้ใช้น้ำแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบความถูกต้อง และร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

3. ชี้้นกำหนดรูปแบบ/แนวทางการพัฒนา โดยนำรูปแบบการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ตามระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือ EHA 2001 (environment health accreditation: EHA) ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย มาประยุกต์ใช้เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา

4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบประปา เพื่อเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้แก่คณะกรรมการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา และรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระบบประปาทุกขั้นตอน โดยผู้บริหารท้องถิ่น/หน่วยงานจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มพูนทักษะ ตามแนวทางหรือรูปแบบการพัฒนาเพื่อการพัฒนาประปา และคุณภาพน้ำประปาใหม่ และแนวคิดใหม่ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบประปา รวมถึงการสนับสนุนส่งเสริมให้เข้าร่วมการอบรม/ศึกษาดูงานกับหน่วยงานภายนอก

5. พัฒนา/ปรับปรุงระบบประปา โดยการชี้แนะ (Advocacy) หรือการไต่ถาม เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา ผู้ดูแลระบบประปา ผู้ใช้น้ำ มองเห็นประโยชน์ในการพัฒนาร่วมกัน และร่วมกันสร้างอนาคตร่วมกัน (FSC) เพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาระบบประปา และองค์ประกอบต่างๆ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ และพร้อมในการผลิตน้ำประปาได้อย่างมีคุณภาพ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดทำแผนหรือแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบการผลิต ระบบให้บริการน้ำประปา หรือการร้องเรียนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ภาพระบบประปาหมู่บ้านที่มีคุณภาพที่ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องพึงปรารถนา ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อการพัฒนา

6. ชี้้นมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อดำเนินการ ควบคุมกำกับกับการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลตามแผนปฏิบัติการ ตามขั้นตอนการพัฒนาที่กำหนดไว้

7. ติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ เฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา และสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้น้ำที่มีต่อคุณภาพน้ำประปาในภาพรวม ของระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่หลังการพัฒนา



เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ของคณะกรรมการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา และรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระบบประปาทุกขั้นตอน ใช้ในการวัดผลการเรียนรู้ก่อนและหลังการอบรม มีลักษณะเลือกคำตอบ ชนิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 25 ข้อ

2. แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ของระบบประปาหมู่บ้าน ได้แก่ ที่ตั้ง กำลังการผลิต แหล่งน้ำดิบ ปริมาณน้ำที่ผลิตได้ กระบวนการผลิตน้ำประปา รูปแบบการบริหารกิจการระบบประปา

3. ภาชนะเก็บตัวอย่างน้ำประปา ได้แก่ ภาชนะเก็บตัวอย่างน้ำ เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ทั้งทางด้านกายภาพ ด้านเคมี และด้านแบคทีเรีย

4. ชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำ (อ.11)

5. ชุดทดสอบปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ (อ.31)

6. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้น้ำที่มีต่อคุณภาพน้ำประปาในภาพรวม ของระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ดำเนินการพัฒนา มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 8 ข้อ โดยมีระดับการให้คะแนน ดังนี้

- ระดับความพึงพอใจมาก มีคะแนนเท่ากับ 3
- ระดับความพึงพอใจปานกลาง มีคะแนนเท่ากับ 2
- ระดับความพึงพอใจน้อย มีคะแนนเท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา ก่อนนำมาปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (try-out) กับคณะกรรมการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา ตำบลซำราก อำเภอเมือง จังหวัดตราด ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.82 ถือว่าเครื่องมือมีคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



1. เก็บตัวอย่างน้ำประปาจากระบบประปาต้นท่อที่ระบบผลิต และจุดที่ปลายท่อผู้ใช้น้ำ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเริ่มโครงการ ระหว่างและหลังการพัฒนาคุณภาพน้ำประปา โดยใช้กระบวนการมาตรฐาน EHA 2001 แล้วนำส่งตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 6 ชลบุรี เพื่อวิเคราะห์คุณภาพน้ำ

2. ทำการทดสอบคุณภาพน้ำประปา ณ จุดที่ปลายท่อผู้ใช้น้ำ ด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำ (อ.11) และชุดทดสอบปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ (อ.31) เพื่อประเมินการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำประปา และปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ ทุกเดือน

3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้น้ำที่มีต่อคุณภาพน้ำประปา ของประปาหมู่บ้านในพื้นที่ ดำเนินการพัฒนา

4. การทดสอบความรู้ของผู้เข้าร่วมการพัฒนาก่อนและหลังการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณา และรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด หมายเลขรับรอง 13/2566 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้แก่คณะกรรมการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา และรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยการทดสอบความรู้ (pre-test) ก่อนเข้ารับการพัฒนา พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา และผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่เข้ารับการอบรมส่วนมาก มีความรู้เกี่ยวกับระบบประปาหมู่บ้าน และการจัดการระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.00 ตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้ก่อนเข้ารับการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมการพัฒนาการ
เพื่อจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ในพื้นที่ศึกษาของอำเภอเมือง จังหวัดตราด

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบประปาหมู่บ้าน	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ น้อยกว่า 15 คะแนน	30	50.0
มีความรู้ปานกลาง 15-19 คะแนน	20	33.3
มีความรู้มาก มากกว่า 20 คะแนน	10	16.7
รวมทั้งหมด	60	100.0

ค่าเฉลี่ย = 12.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.9

หลังเข้ารับการอบรม พบว่า คณะกรรมการการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา และผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่เข้าเข้ารับการอบรม ส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับระบบประปาหมู่บ้าน และการจัดการระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.6 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความรู้หลังเข้ารับการอบรม ของผู้เข้ารับการอบรมการพัฒนาการ
เพื่อจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ในพื้นที่ศึกษาของอำเภอเมือง จังหวัดตราด

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบประปาหมู่บ้าน	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ น้อยกว่า 15 คะแนน	10	16.7
มีความรู้ปานกลาง 15-19 คะแนน	10	16.7
มีความรู้มาก มากกว่า 20 คะแนน	40	66.6
รวมทั้งหมด	60	100.0

ค่าเฉลี่ย = 22.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.2

2. ผลการประเมินคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ตามเกณฑ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย พบว่า หมู่บ้านที่เข้าร่วมการพัฒนาการจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 4 แห่ง มีผลการประเมินคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ตามเกณฑ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ทั้งด้านแหล่งน้ำดิบ ด้านระบบประปา ด้านการควบคุมการผลิตและบำรุงรักษาระบบประปา ด้านปริมาณน้ำ แรงดันน้ำ และคุณภาพน้ำประปา และด้านการบริหารกิจการระบบประปาหมู่บ้าน ทั้ง 4 แห่ง



3. ผลการแบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ใช้น้ำที่มีต่อคุณภาพน้ำประปาในภาพรวมของระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่ดำเนินการพัฒนา พบว่า ประชาชนผู้ใช้น้ำประปามีความพึงพอใจต่อการให้บริการของระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านการให้บริการของระบบประปาหมู่บ้าน และความพึงพอใจต่อคุณภาพน้ำประปา

อภิปรายผลการวิจัย

น้ำเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ และสิ่งมีชีวิตทุกชนิดเพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิต การจัดหาน้ำสะอาดเพื่อใช้ในการอุปโภค-บริโภค จึงเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคให้สะอาดและปลอดภัยเพียงพอ กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านในกลุ่มเป้าหมายเร่งด่วน ของจังหวัดตราดในครั้งนี้ นำแนวทางการจัดการคุณภาพน้ำประปาของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย (EHA 2001)⁽⁴⁾ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ โดยการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบประปา และผู้เกี่ยวข้อง และการกำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อปรับปรุงระบบประปา เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในการทำงานเป็นทีมอย่างจริงจัง เพื่อทำให้การพัฒนาเกิดประสิทธิผล และเกิดความต่อเนื่องในการพัฒนา กระบวนการหรือขั้นตอนการพัฒนา เน้นกระบวนการสร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกันทีละขั้น ทีละตอน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการฯ และผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ก่อนมีกระบวนการพัฒนา คณะกรรมการการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา และผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่เข้ารับการอบรมส่วนมาก มีความรู้เกี่ยวกับระบบประปาหมู่บ้าน และการจัดการระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.00 กระบวนการพัฒนาจึงเน้นที่การพัฒนาศักยภาพ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การเพิ่มความสามารถด้านองค์ความรู้หรือทักษะในการจัดการ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ⁽⁸⁾ ที่กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการพัฒนาว่า มีองค์ประกอบหลักๆ 3 อย่าง คือ คน องค์ความรู้ต่างๆ และทุนในการพัฒนา สิ่งเหล่านี้หากมีการนำมาจัดการอย่างเหมาะสม ก็จะบังเกิดผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการด้านสุขภาพภาคประชาชน และแนวคิดตำบลจัดการสุขภาพ^(8,9) ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนและเกิดกระบวนการจัดการด้านสุขภาพขึ้น จึงจะเรียกว่า เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หรือตำบลจัดการสุขภาพที่มีเป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) คือ เป็นพื้นที่ที่ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้



ตามคำขวัญที่ว่า “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเรากันเองได้” และสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาศักยภาพที่นักวิชาการหรือนักการศึกษาหลายๆ ท่าน ได้ให้แนวคิดไว้ว่า ศักยภาพ หมายถึง อำนาจหรือคุณสมบัติที่แฝงอยู่ในส่วนต่างๆ อาจทำให้พัฒนาหรือปรากฏเป็นสิ่งที่ประจักษ์ได้ หรืออาจสรุปได้ว่า ศักยภาพ หมายถึง ลักษณะที่แฝงไว้ในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่แต่ละคนได้รับ เป็นความสามารถที่ซ่อนเร้นภายในร่างกายที่ยังไม่ถูกนำมาใช้ ศักยภาพจึงเป็นความสามารถที่ถูกซ่อนเร้นเอาไว้หากได้รับการพัฒนา คือ การนำเอาความสามารถนั้นออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ สิ่งตามมา คือ งานทุกอย่างที่ทำก็จะประสบความสำเร็จอย่างงดงาม⁽¹⁰⁻¹²⁾

สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกระบวนการกลุ่มที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ให้มีศักยภาพทำงานร่วมกันรวมกลุ่มกันแก้ปัญหา และจัดการพัฒนาระบบประปาหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ให้มีคุณภาพตอบสนองต่อความต้องการ และผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ผลการพัฒนา พบว่า หลังเข้ารับการอบรม คณะกรรมการการบริหารกิจการประปา ผู้บริหารกิจการประปา และรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับระบบประปาหมู่บ้าน และการจัดการระบบประปาหมู่บ้านเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.6 ผลการประเมินคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ตามเกณฑ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย พบว่า หมู่บ้านที่เข้าร่วมการพัฒนาการจัดการคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 4 แห่ง มีผลการประเมินคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ตามเกณฑ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ทั้งด้านแหล่งน้ำดิบ ด้านระบบประปา ด้านการควบคุมการผลิต และบำรุงรักษาระบบประปา ด้านปริมาณน้ำ แรงดันน้ำ และคุณภาพน้ำประปา และด้านการบริหารกิจการระบบประปาหมู่บ้าน ทั้ง 4 แห่ง ประชาชนหรือผู้ใช้น้ำที่มีต่อคุณภาพน้ำประปามีความพึงพอใจต่อการให้บริการของระบบประปาหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เณิมพล กาละพงษ์, จำเอกเชิดศักดิ์ ผิวเกลี้ยง และสุภาภรณ์ หลักรอด⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาโดยใช้กระบวนการจัดการคุณภาพน้ำประปา EHA 2001: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองสองพี่น้อง พบว่า ผลการดำเนินงานด้วยรูปแบบขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานตามกระบวนการ EHA 2001 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดของกระบวนการผลิตประปาที่เป็นระบบถูกต้อง ตามหลักวิชาการเชิงประจักษ์ จากการพัฒนาปรับปรุงตามส่วนขาด ซึ่งส่งผลให้ระบบผลิตสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำทั้งที่ต้นท่อ และปลายท่อ (ตลาดสด และศูนย์เด็กเล็ก) พบว่า ระหว่างและหลังการศึกษาคุณภาพน้ำเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่าก่อนศึกษา จนผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาเดิมได้ จึงสรุปได้ว่า รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบใหม่ที่ดีมีประสิทธิภาพ มีขั้นตอนการปฏิบัติงานชัดเจนปฏิบัติได้จริง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาของ อปท.ได้ โดยสิ่งสำคัญในการนำรูปแบบนี้ไปใช้ คือ การสร้างความเข้าใจในรูปแบบการทำงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน EHA 2001 กับทีมงาน รวมถึงการสื่อสาร



ประชาสัมพันธที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพน้ำประปาให้สะอาดปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ จานนท์ ศรีเกตุ, พรนภา เตียสุทธิกุล, เบญจภา ไกรทอง⁽¹⁴⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการปรับปรุงคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ตำบลคลองน้ำใส อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมปรับปรุงคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านการร่วมดำเนินกิจกรรม ด้านการติดตามประเมินผลการรับผลประโยชน์ และการตัดสินใจ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลไปใช้สำหรับจัดทำแผนปรับปรุงคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ในระดับครัวเรือน และหน่วยงานท้องถิ่น โดยชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้ และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การจะนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาแบบที่พัฒนา ไปใช้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรต้องพัฒนาทีม และคณะทำงานให้เข้าใจ และมีความตระหนักในระบบการทำงานที่ต้อง แสวงหา การสนับสนุนจากเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างความรู้ และให้คำปรึกษาเชิงเทคนิควิชาการ ในกระบวนการผลิตน้ำประปาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการดำเนินงาน การสร้างเครือข่ายภาคประชาชนในการเฝ้าระวังเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นต่อคุณภาพ น้ำประปา และเน้นประเด็นการสื่อสารความเสี่ยง และการสื่อสารประชาสัมพันธให้ชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งควรมีการจัดทำคู่มือเอกสารสนับสนุนแนวทางการปฏิบัติงาน ที่กำหนดขั้นตอนวิธี ปฏิบัติงานที่จำเป็น เพื่อสร้างความเข้าใจ และใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานในแต่ละระดับ ให้สอดคล้อง ตรงกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สรุปผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ บริโภค. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานการเฝ้าระวังโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ. สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2564). สรุปรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา หมู่บ้านจังหวัดตราด.
4. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2565). คู่มือหลักเกณฑ์และมาตรฐานคุณภาพระบบประปา หมู่บ้าน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.



5. ชาย โพธิ์สิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชิ่ง.
6. สุภาภรณ์ จันทวานิช. การวิจัยเชิงคุณภาพ. (2561). โครงการเอกสารและตำรา ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พิมพ์ครั้งที่ 24) กรุงเทพฯ.
7. บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์. สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์. 2534.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
9. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). ระบบสุขภาพภาคประชาชน: แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน. นนทบุรี.
10. ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. (พิมพ์ครั้งที่ 6) กรุงเทพฯ: บริษัทอักษรเจริญทัศน์ อจท.จำกัด.
11. กรมสนับสนุนสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). ระบบสุขภาพภาคประชาชน: แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน. นนทบุรี.
12. วิริยา เอี่ยมวิบูลย์. (2540). ศักยภาพในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลวิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า).
13. เฉลิมพล กาละพงษ์, จำเริญศักดิ์ ผิวก่อเลี้ยง และสุภาภรณ์ หลักรอด. (2562). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาโดยใช้กระบวนการจัดการคุณภาพน้ำประปา EHA 2001: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองสองพี่น้อง. วารสารสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย ปีที่ 1: ฉบับที่ 1 (ต.ค. 61-ม.ค. 62).



การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ตำบลสายออ อำเภอนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

THE DEVELOPING AN OPERATIONAL MODEL FOR IMPROVING
QUALITY OF LIFE AT THE SUB-DISTRICT LEVEL BY COMMUNITY
PARTICIPATION. SAIOR SUB-DISTRICT, NONTHAI DISTRICT,
NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

Received: November 06, 2023

Revised: December 22, 2023

Accepted: December 31, 2023

สุพจน์ กอบสันเทียะ^{1*}

Suphot Kobsanthea^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาสภาพการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และประเมินและถ่ายทอดรูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล การคัดเลือกประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ที่มีบทบาทในการปฏิบัติงาน ในองค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรรัฐ องค์กรชุมชน ในพื้นที่ จำนวน 244 คน เพื่อศึกษาข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วม ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ผลข้อมูล ด้วยสถิติ Paired T-test จากนั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จากผู้นำทั้ง 3 องค์กร เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านนโยบายการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โครงสร้างการดำเนินงาน ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้มีโครงการเพื่อดำเนินการพัฒนางานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 6 โครงการ และการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล, การมีส่วนร่วม

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายออ

Saior Subdistrict Health Promoting Hospital

*Corresponding author E-mail: sp012@ymail.com



Abstract

This research is action research. The research proposal is to investigate the operations situation and problems. This process of model development for improving the quality of life management by community participation. A sample group of 244 people were selected from government organization and community organizations. In studying information on knowledge, attitudes, and participation. Development of a sub-district model for quality of life. The researcher collected data using a questionnaire and analyze the data with Paired T-test and selected a sample group of 40 people, consisting of local organizations, government organizations and community organizations, to study qualitative data in the study on development of a sub-district model for quality of life management. Operations were carried out by communication and observation by community participation.

The results of the study found that the development of a sub-district model for quality of life management by participation of government organization and community organizations, follow up and summarize results in the process for development of a sub-district model for quality of life management 6 programs and when comparing average scores in terms of knowledge, attitude, and participation. Results of the operation before and after found that There is a statistically significant difference ($p\text{-value} < 0.001$).

Keywords: the developing an operational model, improving quality of life at the sub-district level, community participation



บทนำ

ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการเป็นกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น ปกครอง และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาทางด้านสุขภาพ กำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ไปด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ ร่วมใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วม และเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อลดปัญหา และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ เพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน “ตำบลจัดการสุขภาพ” เป็นการรวบรวมงานสาธารณสุขมูลฐานให้เป็นระบบ และกระบวนการของการดำเนินงานของชุมชน ที่กำหนดขึ้นโดยชุมชน และวัดผลสำเร็จด้วยตัวของชุมชนเอง ทั้งนี้ หน่วยงานภายนอกมีหน้าที่ในการส่งเสริม และสนับสนุนกลไกที่เอื้อต่อการทำงานหรือพัฒนางาน⁽¹⁾ การขับเคลื่อนกระบวนการจัดการภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ และเกิดผลสำเร็จขึ้น ควรมีการสร้างร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับหน่วยงานส่วนปกครองท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายใต้แผนหลักของกองสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการวางกลยุทธ์ มาตรการ และการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มประชาชนมีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเอง และดูแลสุขภาพพื้นฐานได้ด้วยตนเอง และการมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลสาขออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง และเทศบาล 1 แห่ง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเรื่องรูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจน ดังนั้น การศึกษานี้ ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสาขออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท การดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหาในการทำงาน การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จ การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน และปัญหาของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลสาขออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา



2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

3. เพื่อประเมิน และถ่ายทอดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart (1988)⁽²⁾ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสายออ อำเภอนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหา และได้กระบวนการในการแก้ปัญหา ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การศึกษาบริบท และเก็บข้อมูลทั่วไป กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการมอบหมายภารกิจ ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 ปฏิบัติตามแผน และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผน ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 สังเกต กำกับ ติดตาม และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 6 สรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีบทบาทในการปฏิบัติงาน ในองค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรรัฐ องค์กรชุมชน ในพื้นที่ตำบลสายออ อำเภอนนไทย จังหวัดนครราชสีมา มีขนาดตัวอย่าง จำนวน 244 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำในองค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรรัฐ องค์กรชุมชน ในพื้นที่ตำบลสายออ อำเภอนนไทย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือ และตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการศึกษา ด้านนโยบายการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โครงสร้างการดำเนินงาน ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ทำการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ประกอบด้วย

- 1) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- 2) แบบคำถามประเด็นสนทนากลุ่ม
- 3) แบบบันทึกผลการปฏิบัติตามแผน



ข้อมูลเชิงปริมาณ ในการศึกษาด้านความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วม เกี่ยวกับการดำเนินงาน
ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ในกลุ่มประชากร จำนวน 244 คน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา
และความครอบคลุมของวัตถุประสงค์

แบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้
ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปดำเนินการทดลองใช้ (Try out)
กับกลุ่มแกนนำชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหา
ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าคำถามด้านความรู้ใช้การหาค่าความเชื่อมั่น Kuder-richardson
(KR-20) และการหาค่าคำถามด้านทัศนคติ และด้านการมีส่วนร่วม ใช้การหาค่าความเชื่อมั่น
ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาชแอลฟา (Chonbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการ
คำนวณต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้

(1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.82

(2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.86

(3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อใช้อธิบายร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชฐานส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากร

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย
ด้านความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยสถิติ paired t-test รายงานผลด้วยความต่างค่าเฉลี่ย Adjusted Mean different

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของการเก็บข้อมูล
นำข้อมูลที่ได้มาแยกแยะเป็นหมวดหมู่ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการวิจัยจนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บ
รวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่เกิดขึ้นมาเชื่อมโยงกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และสรุปผล



การดำเนินงานมาเป็นรูปแบบในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานการพัฒนาแบบการดำเนินการจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของตำบลสายขอ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา และอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษารูปแบบนั้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และผ่านการอนุมัติจริยธรรม เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2566 เลขที่การรับรอง : KHE 2023-086

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 70.90 และ 29.10 ตามลำดับ และมีอายุอยู่ระหว่าง 56 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.52 สถานภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.54 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น ระดับประถมศึกษา และ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 34.43, 25.00, 22.95 และ 11.89 ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบว่า ประชากรมีอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.02 และส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 56.97 ในด้านระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชน พบว่า มีระยะเวลาทำงานตามบทบาท น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด รองลงมา 11-20 ปี, 21-30 ปี และ 30 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 55.74, 30.33, 8.20 และ 5.74 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.93

การเคยรับทราบเรื่องการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่เคยรับทราบ คิดเป็นร้อยละ 97.13 รับทราบจาก อสม. มากที่สุด รองลงมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น เสียงตามสายหมู่บ้าน และสื่อโซเชียลมีเดีย คิดเป็นร้อยละ 58.20, 57.38, 51.23, 29.10, 17.21 และ 12.30 ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พบว่า หลังดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ อยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 8.23$) มากกว่าก่อนดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 6.76$) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังดำเนินการ (n = 244)

ด้าน	ก่อนดำเนินการ (N=244)			หลังดำเนินการ (n = 244)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
ความรู้	6.76	1.35	ปานกลาง	8.23	1.38	สูง	1.54	< 0.001

3. ผลการเปรียบเทียบระดับทัศนคติการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต พบว่า หลังดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.57$) มากกว่าก่อนดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.74$) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนติก่อนและหลังดำเนินการ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนติก่อนและหลังดำเนินการ (n = 244)

ด้าน	ก่อนดำเนินการ (N=244)			หลังดำเนินการ (n = 244)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
ทัศนคติ	3.74	0.88	ดี	4.57	0.63	ดี	0.82	<0.001

4. ผลการเปรียบเทียบระดับมีส่วนร่วมการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หลังดำเนินการ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.09$) มากกว่าก่อน ดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.37$) และ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินการ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมก่อนและ หลังดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของ ปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมได้รับประโยชน์ในการแก้ไข ปัญหา และด้านการมีส่วนร่วมประเมินผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินการ (n = 244)

ด้าน	ก่อนดำเนินการ (n = 244)			หลังดำเนินการ (n = 244)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
การมีส่วนร่วม	3.37	0.77	ปานกลาง	4.09	0.97	ดี	0.56	<0.001
- การค้นหาปัญหา และสาเหตุของ ปัญหา	3.36	0.813	ปานกลาง	3.99	0.97	ดี	0.44	<0.001
- การมีส่วนร่วม วางแผนแก้ไข ปัญหา	3.37	0.84	ปานกลาง	4.26	0.94	ดี	0.68	<0.001
- การมีส่วนร่วม ได้รับประโยชน์ ในการแก้ไข ปัญหา	3.45	0.76	ปานกลาง	4.20	0.98	ดี	0.54	<0.001
- การมีส่วนร่วม ประเมินผล	3.23	0.93	ปานกลาง	3.85	1.03	ดี	0.40	<0.001

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลเพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนาแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ได้ว่าการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสายออ คือ การที่ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น พัฒนาการตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา ผู้อำนวยการโรงเรียน หรือครูอนามัยโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันทุกภาคส่วน นำแนวคิดการวางแผนชุมชนมาใช้ในการวางแผนชุมชน โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา ร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา นำแผนงานไปปฏิบัติ ติดตามผล และสรุปผลโดยในกระบวนการดังกล่าว ได้มีโครงการเพื่อดำเนินการพัฒนางานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 6 โครงการ คือ 1) การพัฒนาทุนมนุษย์ ภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต 2) โครงการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในหมู่บ้านอย่างน้อย 1 โรค อาทิ โรคไข้เลือดออก 3) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้แนวทางโรงเรียนเบหรรณวิทยา 4) โครงการการดูแลกลุ่มเปราะบาง



ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน 5) โครงการการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสาเหตุติดสารเสพติดหรือสาเหตุอื่น และ 6) โครงการโรงเรียนวัดรอบรู้สร้างสุขภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของชุมชนในการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสายออ อำเภอนโนไทย จังหวัดนครราชสีมา

1. ใช้กระบวนการเรียนรู้ และมีการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม อย่างแท้จริงมีการร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยการวางแผนของชุมชนมีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายจากการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา และการตัดสินใจ

2. การถ่ายทอดความรู้ การดูแลกลุ่มเป้าหมายโดยแยกกลุ่มการดูแลที่ชัดเจน สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ และการดูแลที่ตรงจุด

3. การลงไปจัดกิจกรรมตามชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

4. การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ให้คำแนะนำ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และต่อเนื่อง

5. การสร้างขวัญกำลังใจ การให้ความสำคัญ การรับฟังเสียงจากชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นแรงผลักดันให้ประชาชนลุกขึ้นมาใส่ใจสุขภาพ และร่วมทำกิจกรรมในชุมชน

6. การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหาร หัวหน้าภาคส่วนต่างๆ ที่ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาที่ตรงจุดของชุมชน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น บุคลากร สถานที่ งบประมาณในการดำเนินกิจกรรม และผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

ผลการดำเนินงานตามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสายออ อำเภอนโนไทย จังหวัดนครราชสีมา

1. ก่อนการดำเนินการ กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.67 และหลังดำเนินการกลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 8.23

2. ก่อนและหลังการดำเนินการ ชุมชนสายออมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลอยู่ในระดับดีเท่ากัน โดยก่อนการดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ 3.74 และหลังดำเนินการคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มมากขึ้นเป็น 4.57

3. ก่อนการดำเนินการ กลุ่มเป้าหมายมีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.37 และหลังการดำเนินการกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.09



จากผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมได้รับประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา และด้านการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา และยังพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสายออ สามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) กระบวนการเรียนรู้และจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงมีการร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยการวางแผนของชุมชนมีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายจากการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา และการตัดสินใจ
- 2) การถ่ายทอดความรู้ การดูแลกลุ่มเป้าหมายโดยแยกกลุ่ม การดูแลที่ชัดเจนเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มแกนนำ จะสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้และการดูแลที่ตรงจุดมากกว่าการรวมๆ กลุ่มกัน
- 3) การลงไปจัดกิจกรรมตามชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี
- 4) การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ให้คำแนะนำ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและต่อเนื่อง
- 5) การสร้างขวัญกำลังใจ การให้ความสำคัญ การรับฟังเสียงจากชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นแรงผลักดันให้ประชาชนลุกขึ้นมาใส่ใจสุขภาพ และร่วมทำกิจกรรมในชุมชน
- 6) การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหาร หัวหน้าภาคส่วนต่างๆ ที่ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาที่ตรงจุดของชุมชน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร สถานที่ งบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรม และผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ดำเนินการ 1 วงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม มีการประยุกต์ใช้วิธีการ 4 ท 1) ทำเรื่องอะไร 2) ทำเพื่ออะไร 3) ทำกับใคร และ 4) ทำอย่างไร เพื่อให้เกิดแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุม 6 ประเด็นที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา บริบทพื้นที่ กระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหา และมองว่าเป็นปัญหาที่คนชุมชนต้องร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับ นิสา ปัญญา⁽³⁾ การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมปอ อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ ด้วยวิธีการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในชุมชน มีกระบวนการวางแผนชุมชนเชิงพุทธ 4 กระบวนการย่อย 1) รู้สุขทุกข์ของชุมชน 2) สาเหตุของสุขและทุกข์ของชุมชน 3) ทางแห่งการลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชน 4) การปฏิบัติเพื่อลดทุกข์เพิ่มสุขของชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพเริ่มต้นจากสิ่งที่มีอยู่ พัฒนาจากรากฐานเดิมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะผู้นำของ



ตำบล และการมีภาคีเครือข่ายในการทำงานนับเป็นปัจจัยเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และการศึกษาของ ประสพ สารสมัคร⁽⁴⁾ ที่ศึกษาการจัดการความรู้ และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การจัดการความรู้ และการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้แกนนำสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของสมประสงค์ ปิวไธสง⁽⁵⁾ ที่พบว่า การพัฒนาองค์กรเครือข่ายจัดการสุขภาพของหมู่บ้าน ต้องเกิดจากความร่วมมือทั้ง 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายได้เน้นการอบรม การจัดทำแผนการประชุม และการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ซึ่งการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนตำบลสายออ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หลัก 4 กิจกรรม คือ 1) กองทุนสวัสดิการเด็กแรกเกิดในพื้นที่ชุมชนตำบลสายออ 2) การเข้าถึง Health Station ที่วัด 3) ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสุขใจใกล้บ้าน และ 4) โรงเรียนวัดรอบรู้สร้างสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญอย่างมากในการทำงานชุมชน จึงควร ส่งเสริมและหาโอกาสจัดกิจกรรมหรือมีกระบวนการที่ทำให้คนในชุมชนสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน
2. แกนนำ และกลุ่มประชาชนในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพราะว่าเป็นผู้ที่มิมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทุกภาคส่วน ที่เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และเป็นแกนนำที่เป็นหลักในการจัดตั้งแกนนำสุขภาพ และการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยการรวมเอาสมาชิกจากองค์กรชุมชน ประชาชน องค์กรท้องถิ่น องค์กร ภาครัฐ และควรจัดตั้งให้ถูกต้องเป็นกลุ่มคณะบุคคลดำเนินงานสาธารณสุขประโยชน์โดยไม่แสวงหากำไร เพื่อจะได้ขอรับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณประชาชน คณะผู้บริหาร ผู้นำชุมชนในตำบลสายออ ที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมการวิจัย และขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นวิทยากรในกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน; 2565.
2. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
3. นิสา ปัญญา. การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อยอำเภอรามไทร จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาทรณสุขศาสตร]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
4. ประสพ สารสมักร. การจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอดระการพิซผล จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาทรณสุขศาสตร]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
5. สมประสงค์ ปิวไรสง. การพัฒนาการบริหารนโยบายสุขภาพของชุมชน กรณีศึกษาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเมืองชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุมวิทยาคารพญาไท; 2555.



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

ISSN 1906-2605

E-ISSN 2697-4673



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลียบเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000
โทร 043-019760 ต่อ 114