

## วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

### วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

### ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุขสำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิผลของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

### สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <http://www.ajcph.org>

## คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

### คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

### บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตร์ เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติปัญญาชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจรลกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรรณพิยกุล

นายมงคล เงินแจ้

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

## กองบรรณาธิการ

### บรรณาธิการบริหาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	มหาวิทยาลัยทักษิณ
นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
-----------------------------------	----------------------

### กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.ประจวบ แผลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปริญญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	มหาวิทยาลัยทักษิณ

### ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นายสมบัติ ชัดโพธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
นายขจร อินธิเสน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

## ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประชุมพร เก่าห์ประเสริฐ	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ไทรชมภู	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.ประจวบ แผลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนະບູນ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปริญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.จิรนนท์ ขาติชัยนานนท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.ภญ. กุลนาถ มากบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.ประยุทธ์ สุดาทิพย์	สำนักโรคติดต่อเฝ้าระวังโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข
ดร.นงษา สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จตุพร เหลืองอุบล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

## บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน และสมาชิกวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI (Thai Journal Citation Index) กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยวารสารกำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ ซึ่งวารสารปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2562) นี้ ได้ตีพิมพ์บทความวิจัยที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์กับการสาธารณสุขชุมชน เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การไชยา บุหรี่ เบาหวาน วัณโรคปอด และการวิจัยเกี่ยวกับนักศึกษาแพทย์ พยาบาล เป็นต้น จากนักวิจัยหลากหลายหน่วยงาน เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขและเครือข่ายทางด้านสุขภาพ จึงเป็นอีกหนึ่งช่องทางสำหรับนักวิจัยที่จะพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน ขอเชิญผู้วิจัยส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อสร้างสรรค์และพัฒนาวิชาการของนักสาธารณสุข โดยส่งบทความและข้อเสนอแนะ ทางอีเมล [editorial.ajcph@gmail.com](mailto:editorial.ajcph@gmail.com) หรือ [www.ajcph.org](http://www.ajcph.org) และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิจัย		Research articles
<ul style="list-style-type: none"> <li>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม</li> </ul> <p>ปนัดดา แสงทอง นิตยา เพ็ญศิริินภา พาณี สีสักกลิน</p>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factors Related to Unused Medications among Diabetic Outpatients at Detudom Crown Prince Hospital</li> </ul> <p>Panatda Saengthong, Nittaya Pensirinapa, Panee Sitakalin</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม</li> </ul> <p>สุกัญญา วัฒนประไพจิตร สุมัทนา กลางคาร รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์</p>	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>Development of Health Care Model For Homebound Elderly by Community Involvement in Nhong-Seng Village, Sub-district Wang-Nang, Muang District, Maha Sarakham Province</li> </ul> <p>Sukanya Wattanapapijit, Sumattana Glangkarn, Rutchanun Srisupak</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสอบ OSCE และความมั่นใจในการทำหัตถการระดับที่ 1 ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพศ.ยะลา</li> </ul> <p>นิดา สิมapatanpong รสสุคนธ์ คชรัตน์</p>	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correlation between OSCE Scores and Student's Confidence in Level-1 Procedural Skills among The Sixth-Year Medical Students at Yala Hospital</li> </ul> <p>Nida Simapatanapong, Rossukon Khotcharrat</p>

สารบัญ	หน้า Page	Contents
<ul style="list-style-type: none"> <li>● การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  อติญาณ์ ศรีเกษตริน อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ รุ่งนภา จันทรา สุทธนันท์ กัลกะ ปริญญา จิตอร่าม สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ</li> </ul>	37	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Attitude toward Interprofessional Teamworking among Nursing Student, Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province  Atiya Sarakshetrin, Atcharawadee Sriyasak, Rungnapa Chantra, Suthanan Kunkaka, Parinya Jitaram, Supapen Panawatthanapisuit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร  ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์ ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว อรุณ บุญสร้าง</li> </ul>	49	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elderly health care process by participating in the Napo Yai community, Mukdahan Subdistrict, Mueang District, Mukdahan Province  Khwanrat Buawichaisin, Chaiwut Bourneow, Arun Boonsang</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง  พงษ์ประยูร แก้วหมูน ปริญญพัฒน์ ไชยเมธ สมเกียรติยศ วรเดช</li> </ul>	63	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Factors Associated with Complication of Chronic Kidney Disease among Diabetic Patients in Pa-Phayom District, Phatthalung Province  Pongprayoon Kaewmun, Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง  จันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส</li> </ul>	75	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Risk Factors associated with Death among New Patients with Pulmonary Tuberculosis in Lampang Province  Chanchanok Kittichantharophat</li> </ul>

สารบัญ	หน้า Page	Contents
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุน ทางสังคม: กรณีศึกษาตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง  ธนวัฒน์ สมบูรณ์ อนุกุล มะโนทน สมคิด จูหว่า ประจวบ แผลมหลัก</li> </ul>	85	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Effects of The Modifying Smoking Cessation Behavior Program by Applying Self-Efficacy and Social Support Theory: A Case Study in Ban Rong Sub-District, Ngao District, Lampang Province  Tanawat Somboon, Anukool Manoton, Somkid Juwa, Prachaub LamLak</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ ในอุตสาหกรรมผลิตยางแท่งแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง  เกศกนก จรเด่น โสเมศิริ เดชารัตน์ ธนวรรณ บัวเจริญ</li> </ul>	96	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Knowledge, Attitude and Behavior of Safety Working Condition among Migrant Workers in Blocked Rubber Industry, Trang Province  Ketkanok Jornden, Somsiri Decharat, Thanawan Buacharoen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● การคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีประสิทธิผล มุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย ประเทศไทย  ธราพงษ์ กัปโก ยอดลักข์ สัยลังกา ระพีพรรณ จันทร์อ้วน บุญมา สุนทรารวิรัตน์</li> </ul>	109	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ The Diabetes Mellitus Screening for Prevention Effectiveness of Diabetes Mellitus Incidence: The Civil Societal Perspective, Loei Province, Thailand  Tharapong Cappako, Yodluck Sailungka, Rapeepan Chanuan, Boonma Soontaraviratana</li> </ul>

Received: 26 Dec 2018, Revised: 22 Feb 2019,

Accepted: 15 Mar 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมปนัดดา แสงทอง<sup>1\*</sup> นิตยา เพ็ญศิริภา<sup>2</sup> พาณี สีสกะลิน<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

ปัญหาหาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากเกิดความสูญเสียในด้านงบประมาณและอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (2) ความชุก ชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเบาหวานที่เหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านการรักษากับการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาด้วยยาเม็ด ในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,109 คน กลุ่มตัวอย่าง 234 คน ได้จากการสุ่มแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบบันทึกยาเหลือใช้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 59.15 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,021.6 บาท กินยาด้วยตนเอง ไม่ใช้ยาสมุนไพร ไม่ทราบมูลค่ายาที่ได้รับ กว่าครึ่งมีพฤติกรรมการกินยาที่ผิด ใช้สิทธิบัตรทอง มีนัดพบแพทย์นาน 3 เดือนขึ้นไป แพทย์มีการสั่งยาเกินนัด (2) ความชุกของการมียาเหลือใช้ร้อยละ 86.80 มียาเหลือใช้รวม 20,508 เม็ด มูลค่ารวม 4,770.93 บาท ยาที่เหลือมากที่สุด คือ Glipizide 5 mg (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ พฤติกรรมการกินยา การสั่งจ่ายยาเกินนัดของแพทย์และระยะเวลาการนัดหมาย ซึ่งพฤติกรรมการกินยาผิดของผู้ป่วย การสั่งจ่ายยาเกินนัดของแพทย์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาหาเหลือใช้ และผู้ป่วยที่มีระยะเวลานัดหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือนจะมียาเหลือใช้มากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลานัดหมายมากกว่า 2 เดือน เนื่องจากการมาพบแพทย์บ่อยครั้งก็ย่อมทำให้มีโอกาสที่จะได้รับยาเกินบอ้ยขึ้น ดังนั้นจึงทำให้มียาเหลือใช้มากขึ้นตามไปด้วย

**คำสำคัญ** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยาเหลือใช้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

<sup>1</sup>นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

\*Corresponding author: mod\_py@yahoo.com

*Original Article***Factors Related to Unused Medications among Diabetic Outpatients  
at Detudom Crown Prince Hospital**Panatda Saengthong<sup>1,\*</sup>, Nittaya Pensirinapa<sup>2</sup> and Panee Sitakalin<sup>2</sup>**Abstract**

Unused medication in diabetic patients is a major problem for causing the loss in budget and may affect the safety of patients. The researcher conducted a cross-sectional survey research. This research aimed: (1) to identify patient and treatment factors related to unused medications; (2) to survey prevalence, items, amounts and values of unused medications and (3) to study factors related to unused medications, all among diabetic outpatients at Detudom Crown Prince Hospital. The population in the study included 3,109 diabetic outpatients who were being treated with oral antihyperglycemic drugs at the hospital. The sample size included 234 patients selected using systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire and from drug records by counting tablets. Descriptive statistics and chi-square test were used. The results showed that: (1) Most of the respondents were female and farmers with an average age of 59.15 years. They had completed primary school, had an average monthly income of 5,021.60 baht. They mostly took antidiabetic drugs by themselves, did not use any herbal medicine and did not know of the medical costs. Over half of them were under the universal health coverage scheme, had inappropriate drug usage, and had a medical appointment every 3 months or longer. Sometime the physician prescribed extra medications; (2) The prevalence of unused medications was 86.80%. There were 20,508 unused drug tablets, valued at 4,770.93 baht. The drug mostly unused was glipizide 5 mg.; and (3) The factors significantly related to unused medications were drug use behaviours, physician's extra prescription, and appointment intervals. The causes of unused medications were drug use behaviours and doctor's extra prescriptions. Patients with appointment intervals of  $\leq 2$  months had more unused medications than those with  $>2$ -month intervals. If they visited the hospital several times, they had an opportunity to receive medicines more often and then had a lot of unused medications.

**Keywords:** Diabetic patients, Unused medication, Detudom Crown Prince Hospital

<sup>1</sup> Student in Master of Public Health (Hospital Administration), Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>2</sup> Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

\* Corresponding author: mod\_py@yahoo.com

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญในอันดับต้น ๆ ของโลก มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี 2557 มีการประมาณการว่ามีผู้ป่วยเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) ทั่วโลกอยู่ที่ 422 ล้านคน สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้นพบผู้ป่วยเบาหวานในวัยผู้ใหญ่สูงถึง 96 ล้านคน<sup>1</sup> ในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติและโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกร้อยละ 8.9 ปัจจุบันมีผู้เป็นโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน<sup>2</sup> เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ย่อมเพิ่มขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน ทั้งการรักษาพยาบาล ค่ายา หากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยถูกใช้ไปอย่างคุ้มค่าก็จะส่งผลให้งบประมาณต่าง ๆ ถูกใช้ไปอย่างเหมาะสม แต่ในความเป็นจริงแล้วกลับพบว่าไม่เป็นเช่นนั้น เนื่องจากงบประมาณที่ใช้จ่ายในส่วนของการรักษานั้นกลับพบว่ามีความสูญเสียที่เกิดขึ้นในแง่ของการเกิดปัญหาเบาหวานเสีย โดยมีการสำรวจยาเหลือใช้ในประเทศไทยในหลายพื้นที่ ด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในพื้นที่ 6 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ของปรารถนา ชามพูนท<sup>3</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.5 มียาโรคเรื้อรังที่เหลือใช้ในครัวเรือน ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ คือ การได้รับยามากเกินจากสถานียานามัยหรือจากโรงพยาบาล การลืมรับประทานยาบางมื้อ มีการปรับยาเอง ไม่มีวันนัดที่แน่นอน และมีการหยุดยาเองเนื่องจากเกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือการศึกษาของวุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ และพรเพ็ญ ลือวิทวัส<sup>4</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

รักษาที่หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 74.4 มียาเหลือใช้ โดยผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงมีมูลค่ายาเหลือใช้มากที่สุด สาเหตุที่เกิดยาเหลือใช้ คือ ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แพทย์สั่งยาเกินนัด ผู้ป่วยหยุดยาเองหลังจากหายเป็นปกติ ได้รับยาซ้ำซ้อนจากต่างโรงพยาบาลหรือคลินิก แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาเบาหวานเหลือใช้เกิดได้จากหลายสาเหตุและถือได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งในระบบสาธารณสุขไทย

สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล จากการจัดลำดับของโรคที่ให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมในปี 2560 พบว่า ประชาชนส่วนมากป่วยเป็นโรคไร้เชื้อ อันดับที่ 1 คือ โรคไตวายเรื้อรัง อันดับที่ 2 โรคเบาหวาน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีปริมาณการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของทุกปี ซึ่งหากมีการใช้บริการที่มากก็ย่อมส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานก็พบว่ามีมูลค่าเพิ่มมากขึ้นทุกปี หากมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมก็จะทำให้เกิดความคุ้มค่าในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่ามียาบางส่วนที่จ่ายให้ผู้ป่วยไปแล้ว แต่กลับพบว่าผู้ป่วยใช้ไม่หมดเกิดปัญหาเบาหวานเหลือใช้ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยบางส่วนได้นำยาที่เหลือใช้มาคินอยู่เป็นประจำ โดยยาที่นำมาคินนั้นมักจะเป็นยาในกลุ่มโรคไร้เชื้อ ซึ่งยาเบาหวานก็พบว่ามีปริมาณที่

ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับยาในกลุ่มอื่น ส่วนสภาพยาที่ผู้ป่วยนำมาคืนนั้นบางส่วนยังอยู่ในสภาพที่ดีสามารถนำกลับมาใช้ได้ แต่บางส่วนนั้นไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก จึงทำให้เกิดการสูญเสียงบประมาณที่ไม่จำเป็น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อจะได้ทราบถึงข้อมูลปัญหายาเหลือใช้ที่มีในโรงพยาบาล และเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปใช้ในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คือ (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (2) ความชุก ชนิด ปริมาณและมูลค่ายาเบาหวานที่เหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษากับการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) เก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาด้วยยาเม็ด และเข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ในเดือนกันยายน 2561 โดยยาเหลือใช้นั้นจะนับเฉพาะยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเท่านั้น ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยและโทรติดต่อผู้ป่วยเพื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ

ให้ผู้ป่วยนำยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดทั้งหมดมาพบเภสัชกร (หลังการพบแพทย์) ในวันที่แพทย์นัดที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้ 1) แบบสอบถาม ที่ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยด้านผู้ป่วยและข้อมูลปัจจัยด้านการรักษาและ 2) แบบบันทึกข้อมูลยาเหลือใช้ โดยวิธีนับเม็ดยา ซึ่งมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาเม็ด และเข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดช อําเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 3,109 คน ตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาด้วยยาเม็ด และเข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดช อําเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป โดยต้องมีประวัติการรักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมอย่างน้อย 1 ปี และเข้ารับการรักษาตามนัดในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ 234 คน เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลปัจจัยด้านผู้ป่วย, ปัจจัยด้านการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการมียาเหลือใช้, ความชุก ชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเบาหวานที่เหลือใช้วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย, ปัจจัยด้านการรักษากับการมียาเหลือใช้ ใช้สถิติ chi-square test ในการทดสอบ

## นิยามศัพท์

ยาเหลือใช้ คือ ยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมและปัจจุบันไม่ได้ใช้ยานั้นแล้ว หรือ มีจำนวนยาเหลือมากกว่าที่ต้องใช้เมื่อถึงวันนัดครั้งต่อไป รวมถึงยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ

พฤติกรรมการกินยา หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการกินยาเบาหวาน โดยอาจกินมากกว่าที่ระบุในฉลากยา กินน้อยกว่าที่ระบุในฉลากยา และอื่นๆ หรือกินถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ในรอบระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

แพทย์สั่งจ่ายยาเกินนัด หมายถึง การสั่งจ่ายยาในปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจะใช้ได้หมดก่อนถึงวันที่นัดมาโรงพยาบาลในครั้งถัดไป ในรอบระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการเลขที่ SSJ.UB 030 ลงวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2561

## ผลการวิจัย

ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาเม็ด และเข้ารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 234 คน พบว่าข้อมูลปัจจัยด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการมียาเหลือใช้นั้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.60 มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี ร้อยละ 53.4 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.15 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 62.80 ในแง่รายได้นั้น กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,001 – 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 57.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 42.70 และมีโรคร่วมถึงร้อยละ 90.60 โดยผู้ป่วยครึ่งหนึ่งจะมีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.60 ดูแลเรื่องการกินยาด้วยตนเอง ในแง่พฤติกรรมการกินยา พบว่าผู้ป่วยกินยาผิดถึงร้อยละ 56.40 โดยกลุ่มที่กินยาผิดมีพฤติกรรมการกินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งมากที่สุด ร้อยละ 89.10 ซึ่งการกินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งนั้น มักจะพบในเรื่อง การลืมกินยาเป็นบางครั้ง (สาเหตุเนื่องมาจากความหลงลืม โดยมักจะลืมกินยาก่อนอาหารเป็นส่วนใหญ่ เมื่อลืมกินยาก็มักจะเว้นการกินยาในมือนั้นไป) หรือออกไปทำธุระ ไปทำงานไปวัดแล้วไม่ได้นำมาไปด้วย เป็นต้น) กินน้อยกว่าที่ระบุในฉลาก (สาเหตุเนื่องมาจากไม่ได้อ่านฉลากยาโดยกินตามวิธีเดิมที่เคยกินหรือตั้งใจกินน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง) ส่วนในแง่การใช้ยาสมุนไพรพบว่ามีส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.9 ไม่ใช้ยาสมุนไพรในการรักษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านผู้ป่วย  
(N = 234)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (234 คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	64	27.40
หญิง	170	72.60
<b>2. อายุ</b>		
20-40 ปี	5	2.10
41-60 ปี	125	53.40
61 ปี ขึ้นไป	104	44.50
$\bar{X} = 59.15$ , $SD = 9.963$ , $Min. = 36$ , $Max. = 86$		
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	32	13.70
สมรส	202	86.30
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	3.80
ระดับประถมศึกษา	188	80.30
ระดับมัธยมศึกษา	26	11.10
ระดับอนุปริญญา/ปวส.	4	1.70
ระดับปริญญาตรีและสูงกว่าระดับปริญญาตรี	7	3.00
<b>5. อาชีพ</b>		
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	48	20.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เกษียณ	11	4.70
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	13	5.60
รับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัทเอกชน	11	4.70
เกษตรกร	147	62.80
อื่นๆ	4	1.70
<b>6. รายได้</b>		
0 - 1,000 บาท	56	23.90
1,001 - 5,000 บาท	134	57.30
5,001 บาท ขึ้นไป	44	18.80
$\bar{X} = 5,021.6$ , $SD = 8,725.4$ , $Min. = 250$ , $Max. = 60,000$		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (234 คน)	ร้อยละ
<b>7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน</b>		
1 - 5 ปี	100	42.70
6 - 10 ปี	57	24.40
11 ปีขึ้นไป	77	32.90
$\bar{X}$ = 9.29, SD = 7.434, Min. = 1.5, Max. = 41		
<b>8. โรคร่วม</b>		
ไม่มีโรคร่วม	22	9.40
มีโรคร่วม	212	90.60
- 1 โรค (N = 212)	95	44.81
- 2 โรคขึ้นไป (N = 212)	117	55.19
<b>9. การมีผู้ดูแลในเรื่องการกินยา</b>		
ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเอง	198	84.60
มีผู้ดูแลเรื่องการกินยา	36	15.40
<b>10. พฤติกรรมการกินยา*</b>		
กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง	102	43.60
กินยาผิด**	132	56.40
- กินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (N = 132)	122	89.10
- กินยามากกว่าที่แพทย์สั่ง (N = 132)	11	8.00
- อื่น ๆ (N = 132)	4	2.90
<b>หมายเหตุ</b>		
- กินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง**	122	100.0
- ลืมกินยาบางมื้อ (N = 122)	80	59.30
- กินน้อยกว่าที่ระบุในฉลาก (N = 122)	50	37.00
- หยุดยาเอง เนื่องจากปัญหาการใช้ยา (N = 122)	5	3.70
<b>11. การใช้ยาสมุนไพร</b>		
ไม่ใช้ยาสมุนไพร	194	82.90
ใช้ยาสมุนไพร	40	17.10
<b>12. การรับรู้มูลค่ายาที่ได้รับ</b>		
ไม่ทราบ	211	90.20
ทราบ	23	9.80

\* วิธีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรกินยา ใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยสอบถามวิธีการกินยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดทุกรายการของผู้ป่วยในปัจจุบันและในรอบระยะเวลา 6 เดือน แล้วทำการเปรียบเทียบกับคำสั่งใช้ยาจริงของแพทย์

\*\* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ข้อมูลปัจจัยด้านการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการมียาเหลือใช้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.8 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ในแง่การนัดหมายพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 55.10 จะได้รับการนัดหมายจากแพทย์ครั้งละ 3 เดือนขึ้นไป ในกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 79.9 ไม่เคยมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและร้อยละ

65.0 ไม่เคยตรวจรักษาหลายแผนกใน 1 ปีที่ผ่านมา ในแง่การมาพบแพทย์ตามนัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตรงตามวันนัด ร้อยละ 71.40 ในส่วนของการสั่งจ่ายยาเกินนัด พบว่าแพทย์มีการสั่งยาเกินนัดถึงร้อยละ 60.70 ส่วนประเด็นการเปลี่ยนแปลงการรักษา พบว่าแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาถึงร้อยละ 62.80 ผู้ป่วยร้อยละ 94.40 รักษาโรคเบาหวานต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเพียงแห่งเดียว ดังตารางที่ 2 และในการศึกษาความชุกชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเบาหวานที่เหลือใช้ พบว่าส่วนใหญ่จะมียาเหลือใช้ ซึ่งคิดเป็นความชุกของการมียาเหลือใช้ร้อยละ 86.80 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลปัจจัยด้านการรักษา (N = 234)

ข้อมูลปัจจัยด้านการรักษา	จำนวน (234 คน)	ร้อยละ
<b>1. สิทธิการรักษา</b>		
บัตรทอง	189	80.80
ประกันสังคม	7	3.00
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	38	16.20
<b>2. ระยะเวลานัดหมาย</b>		
≤ 1 เดือน	31	13.20
1 – 3 เดือน	74	31.60
≥ 3 เดือน	129	55.10
$\bar{X} = 2.47, SD = 0.807, Min. = 0.5, Max. = 4$		
<b>3. การมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>		
ไม่เคย	187	79.90
เคย	47	20.10
<b>4. การรักษาหลายแผนก</b>		
ไม่เคย	152	65.00
เคย	82	35.00

ข้อมูลปัจจัยด้านการรักษา	จำนวน (234 คน)	ร้อยละ
<b>5. การมาพบแพทย์ไม่ตรงตามนัดหมาย</b>		
ไม่เคย	167	71.40
เคยมาไม่ตรงตามนัดหมาย	67	28.60
<b>6. แพทย์สั่งจ่ายยาเกินนัด</b>		
ไม่เคย	92	39.30
เคย	142	60.70
<b>7. แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา</b>		
ไม่เคย/ไม่ทราบ	87	37.20
เคย	147	62.80
<b>8. สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับการรักษา</b>		
เฉพาะโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม	221	94.40
มากกว่า 1 แห่ง	13	5.60

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามความชุกของการมียาเหลือใช้ (N = 234)

ความชุกของการมียาเหลือใช้	จำนวน (234 คน)	ร้อยละ
ไม่มี	31	13.20
มี	203	86.80

ในกลุ่มตัวอย่าง 234 คน พบการรักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดที่เหลือใช้ ที่ได้รับจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม รวมทั้งสิ้น 20,508 เม็ด (เฉลี่ย 87.64 เม็ดต่อคน) คิดเป็นมูลค่า 4,770.93 บาท (เฉลี่ย 23.63 บาทต่อคน) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีมูลค่ายาเหลือใช้น้อยที่สุดคือ 0.6 บาท และสูงสุด คือ 172.80 บาท

โดยยาที่พบว่าเหลือมากที่สุด คือ Glipizide 5 mg พบจำนวน 8,868 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 43.24 โดยยาเหลือใช้ที่พบส่วนใหญ่ยังอยู่ในสภาพที่ดี มีจำนวน 19,867 เม็ด ส่วนยาที่เสื่อมสภาพ (ยาขึ้นเปลี่ยนสี แฉงยาเก่า เปื่อย) พบจำนวน 641 เม็ด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ชนิด ปริมาณและมูลค่ายาการรักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดที่เลือกใช้ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (N = 234)

รายการยา	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ยาที่มีสภาพดี (เม็ด)	ยาที่เสื่อมสภาพ (เม็ด)	จำนวนรวม (เม็ด)	ร้อยละ	มูลค่า (บาท)
Glipizide 5 mg	0.12	8,629	239	8,868	43.24	1,064.16
Metformin 500 mg	0.27	4,839	230	5,069	24.72	1,368.63
Metformin 850 mg	0.34	6,096	150	6,246	30.46	2,123.64
Pioglitazone 30 mg	0.66	303	22	325	1.59	214.50
รวม		19,867	641	20,508	100	4,770.93

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับการมียาเหลือใช้ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมการกินยามีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มียาเหลือใช้ เป็นกลุ่มที่กินยาผิด

มากกว่ากลุ่มที่กินยาถูก คือ ร้อยละ 93.9 และ 77.5 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วยอื่นๆเมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับการมียาเหลือใช้ (N = 234)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ยาเหลือใช้		$\chi^2$	df	p-value
	ไม่มี N (%)	มี N (%)			
<b>1. เพศ</b>					
ชาย	10 (15.6)	54 (84.4)	0.195 <sup>a</sup>	1	0.659
หญิง	21 (12.4)	149 (87.6)			
<b>2. อายุ</b>					
20-60 ปี	17 (13.1)	113 (86.9)	0.00 <sup>a</sup>	1	1.000
61 ขึ้นไป	14 (13.5)	90 (86.5)			
<b>3. สถานภาพสมรส</b>					
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	3 (9.4)	29 (90.6)			0.778 <sup>b</sup>
สมรส	28 (13.9)	174 (86.1)			

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ยาเหลือใช้		$\chi^2$	df	p-value
	ไม่มี N (%)	มี N (%)			
<b>4. ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียนหนังสือและ เรียนประถม	25 (12.7)	172 (87.3)			0.597 <sup>b</sup>
เรียนระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	6 (16.2)	31 (83.8)			
<b>5. อาชีพ</b>					
ไม่มีอาชีพ	9 (18.8)	39 (81.2)	1.045 <sup>a</sup>	1	0.307
มีอาชีพ	22 (11.8)	164 (88.2)			
<b>6. รายได้ต่อเดือน</b>					
1 - 3,000 บาท	21 (14.6)	123 (85.4)	0.318 <sup>a</sup>	1	0.573
3,001 บาทขึ้นไป	10 (11.1)	80 (88.9)			
<b>7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยโรคเบาหวาน</b>					
1 - 10 ปี	24 (15.3)	133 (84.7)	1.229 <sup>a</sup>	1	0.268
11 ปีขึ้นไป	7 (9.1)	70 (90.9)			
<b>8. การมีโรคร่วม</b>					
0 - 1 โรค	17 (14.5)	100 (85.5)	0.149 <sup>a</sup>	1	0.700
2 โรคขึ้นไป	14 (12.0)	103 (88.0)			
<b>9. การมีผู้ดูแลเรื่องการกิน ยา</b>					
ไม่มีผู้ดูแล	24 (12.1)	174 (87.9)			0.282 <sup>b</sup>
มีผู้ดูแล	7 (19.4)	29 (80.6)			
<b>10. พฤติกรรมการกินยา</b>					
กินยาถูก	23 (22.5)	79 (77.5)	12.214 <sup>a</sup>	1	<0.001 <sup>*</sup>
กินยาผิด	8 (6.1)	124 (93.9)			
<b>11. การใช้ยาสมุนไพร</b>					
ไม่ใช้	29 (14.9)	165 (85.1)	2.056 <sup>a</sup>	1	0.152
ใช้	2 (5.0)	38 (95.0)			
<b>12. การรับรู้มูลค่ายาที่ได้รับ</b>					
ไม่ทราบ	28 (13.3)	183 (86.7)			1.000 <sup>b</sup>
ทราบ	3 (13.0)	20 (87.0)			

หมายเหตุ a= Chi-Square test, b = Fisher's Exact test,\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษากับการมียาเหลือใช้ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยเรื่องระยะเวลานัดหมายมีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มียาเหลือใช้เป็นกลุ่มที่มีระยะเวลานัดหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือนซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลานัดหมายมากกว่า 2 เดือนเล็กน้อย คือ ร้อยละ 93.3 และ 81.4 ตามลำดับ และปัจจัยเรื่องการส่งจ่าย

ยาเกินนัดของแพทย์มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มียาเหลือใช้ เป็นกลุ่มที่แพทย์เคยส่งจ่ายยาเกินนัดมากกว่ากลุ่มที่แพทย์ไม่เคยส่งจ่ายยาเกินนัด คือ ร้อยละ 94.4 และ 75.0 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านการรักษาอื่นๆ นั้น เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษากับการมียาเหลือใช้ (N = 234)

ปัจจัยด้านการรักษา	ยาเหลือใช้		$\chi^2$	df	p-value
	ไม่มี N (%)	มี N (%)			
<b>1. สิทธิการรักษา</b>					
บัตรทอง	26 (13.8)	163 (86.2)	0.51 <sup>a</sup>	1	0.821
ประกันสังคม/ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5 (11.1)	40 (88.9)			
<b>2. ระยะเวลานัดหมาย</b>					
≤ 2 เดือน	7 (6.7)	98 (93.3)	6.177 <sup>a</sup>	1	0.013 <sup>*</sup>
> 2 เดือน	24 (18.6)	105 (81.4)			
<b>3. การมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>					
ไม่เคย	25 (13.4)	162 (86.6)	0.000 <sup>a</sup>	1	1.000
เคย	6 (12.8)	41 (87.2)			
<b>4. การรักษาหลายแผนก</b>					
ไม่เคย	19 (12.5)	133 (87.5)	0.066 <sup>a</sup>	1	0.797
เคย	12 (14.6)	70 (85.4)			
<b>5. การมาพบแพทย์ไม่ตรงตามนัดหมาย</b>					
ไม่เคยมาผิदनัด	20 (12.0)	147 (88.0)	0.480 <sup>a</sup>	1	0.488
เคยมาผิदनัด	11 (16.4)	56 (83.6)			
<b>6. การส่งจ่ายยาเกินนัดของแพทย์</b>					
เคยส่งจ่ายยาเกินนัด	8 (5.6)	134 (94.4)	16.573 <sup>a</sup>	1	<0.001 <sup>*</sup>
ไม่เคยส่งจ่ายยาเกินนัด	23 (25.0)	69 (75.0)			

ปัจจัยด้านการรักษา	ยาเหลือใช้		$\chi^2$	df	p-value
	ไม่มี N (%)	มี N (%)			
<b>7. การเปลี่ยนแปลงการรักษา</b>					
มีการปรับเปลี่ยน	17 (11.6)	130 (88.4)	0.621 <sup>a</sup>	1	0.431
ไม่มีการปรับเปลี่ยน/ไม่ทราบ	14 (16.1)	73 (83.9)			
<b>8. การรักษาในสถานพยาบาลหลายแห่ง</b>					
รักษาเฉพาะที่โรงพยาบาล	29 (13.1)	192 (86.9)			0.685 <sup>b</sup>
สมเด็จพะยุพราชเดชอุดม					
รักษาหลายแห่ง	2 (15.4)	11 (84.6)			

หมายเหตุ a = Chi-Square test, b = Fisher's Exact test,\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ที่ใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ด โรงพยาบาลสมเด็จพะยุพราชเดชอุดม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ในเดือนกันยายน 2561 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 234 คน มีความชุกของการมียาเหลือใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.80 พบยารักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ดที่เหลือใช้รวมกันทั้งสิ้น 20,508 เม็ด (จำนวนเม็ดยาเฉลี่ย 87.64 เม็ดต่อคน) คิดเป็นมูลค่า 4,770.93 บาท (มูลค่าเฉลี่ย 23.63 บาทต่อคน) โดยยาที่เหลือมากที่สุดคือ Glipizide 5 mg จำนวน 8,868 เม็ด สาเหตุที่พบว่ายา glipizide เหลือมากที่สุด ก็เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกินยาผิดถึงร้อยละ 56.40 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งมากที่สุด (ลิ้มกินยาเป็นบางมื้อ) โดยผู้ป่วยมักจะลิ้มกินยาก่อนอาหารเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะมื้อเช้า เนื่องจากในตอนเช้าผู้สูงอายุจะออกไปทำบุญที่วัดหรือในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นวัยทำงานอาจต้องรีบไปทำงานจึง

อาจลืมนำยาไปด้วย หรือบางส่วนอาจเกิดจากการหลงลืมโดยทานอาหารเข้าไปแล้ว แต่นึกได้ภายหลังว่าลิ้มกินยาก่อนอาหาร จึงเว้นการกินยามื้อนั้นไป เป็นต้น ดังนั้นจึงส่งผลให้มียา glipizide ซึ่งเป็นยาที่ต้องทานก่อนอาหารเหลือมากที่สุด จะเห็นว่าวิธีการบริหารยานั้นจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากหากยาแต่ละชนิดนั้นมีวิธีการใช้ที่จำเพาะหรือยุ่งยาก ก็ย่อมทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

ปัจจัยด้านผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมการกินยา มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากพฤติกรรมการกินยาที่ผิดของผู้ป่วย เช่น การลิ้มกินยาบางมื้อ กินน้อยกว่าที่ระบุในฉลาก หยดยาเองเนื่องจากปัญหาการใช้ยา และอื่น ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้มียาเหลือใช้มากขึ้น เนื่องจากปกติแพทย์จะจ่ายยาให้ผู้ป่วยโดยคำนวณจำนวนยาจากวันนัด แต่เมื่อผู้ป่วยกินยาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการกินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งก็ย่อมที่จะทำให้มียาเหลือใช้ที่มากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน จึงเกิดความเคยชินหรือเบื่อหน่ายกับ

การกินยา ทำให้ไม่สนใจที่จะอ่านฉลากยา ดังนั้น แม้ว่าแพทย์จะปรับเปลี่ยนวิธีกินยาแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังคงกินยาตามวิธีเดิม หรือผู้ป่วยบางรายอาจตั้งใจกินน้อยกว่าที่แพทย์สั่งเพราะคิดว่าขนาดที่ตนเองกินเหมาะสมกับอาการของตนแล้ว และไม่ยอมเสี่ยงกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการกินยาเยอะ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้มียาเหลือใช้ อย่างไรก็ตามพบว่าอีกเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหายาเหลือใช้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมกรรมการลืมกินยาของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของวิภาดา ปุณณภาไพศาล<sup>5</sup> ที่พบว่าพฤติกรรมกรรมการลืมกินยา มีความสัมพันธ์กับจำนวนรายการยาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวิวัฒน์ ถาวรวัฒน์ยงค์ และคณะ<sup>6</sup> พบว่าพฤติกรรมที่น่าจะเป็นสาเหตุให้ยาเหลือใช้มากที่สุด คือ การลืมกินยา จากข้อมูลที่ได้เราจึงควรที่จะเน้นไปที่เรื่องพฤติกรรมกรรมการกินยาของผู้ป่วย โดยทั้งแพทย์พยาบาลและเภสัชกรที่จะสอบถามในเรื่องการกินยาของผู้ป่วยแต่ละราย หากพบปัญหาจะได้ช่วยแก้ไขและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้องต่อไปและควรมีการติดตามผู้ป่วยที่พบปัญหาการกินยาผิดในนัดครั้งถัดไปเพื่อประเมินความร่วมมือและความเข้าใจในการกินยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หรือจัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งนอกจากจะช่วยลดปัญหายาเหลือใช้แล้ว ยังเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยด้านการรักษา ในเรื่องระยะเวลาการนัดหมาย ผลการวิจัยพบที่มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีระยะเวลานัดหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือน จะมียาเหลือใช้มากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลานัดหมายมากกว่า 2 เดือน ทั้งนี้เนื่องมาจากปกติแล้ว

ปริมาณการจ่ายยาจะสัมพันธ์กับระยะเวลานัดหมาย โดยระบบการจ่ายยาของแพทย์ส่วนใหญ่ มักจะจ่ายยาเป็นจำนวนเต็ม โดยคิดจากวันนัด เช่น 30 วัน 60 วัน 90 วัน แต่ในความเป็นจริงระบบนัดจริงจะเป็น 28 วัน 56 วัน และ 84 วัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินนัดไปครั้งละ 2-6 วัน ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการการนัดหมายบ่อยครั้งก็ย่อมมีโอกาสที่จะได้รับยาบ่อยครั้งขึ้น โอกาสที่จะมียาเหลือใช้ก็จะมากขึ้น ซึ่งความแตกต่างกับการศึกษาของชิตพล พิสุทธิโกศล<sup>7</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลานัดหมายตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป มีความเสี่ยงที่จะเกิดยาเหลือใช้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการนัดในช่วง 1-2 เดือน 2.26 เท่า (OR 2.26, 95% CI 1.14 -4.48) และในการศึกษาของวิภาดา ปุณณภาไพศาล<sup>5</sup> ที่พบว่าจำนวนวันนัด ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนรายการยาเหลือใช้ จากข้อมูลดังกล่าวพยาบาล แพทย์ เภสัชกรอาจต้องเน้นในการสอบถามผู้ป่วยในกลุ่มที่มีนัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือนมากขึ้น ในประเด็นเรื่องยาเหลือใช้เพื่อลดปัญหาและมูลค่าความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น

การสั่งจ่ายยาเกินนัดของแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโดยปกติแล้วแพทย์จะมีการสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัญหาไม่ถึงนัด โดยแพทย์ส่วนใหญ่ก็นักจะจ่ายยาเป็นจำนวนเต็ม โดยคิดจากวันนัด ตามระบบการนัดหมายข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินในแต่ละครั้ง ประมาณ 2-6 วัน แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการจ่ายยาของแพทย์ในแต่ละคนอาจมีรูปแบบการจ่ายยาเพื่อที่แตกต่างกันไปบ้าง จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยาเบาหวานเกินกว่าจำนวนที่ใช้จริง และอีกสาเหตุคือปริมาณผู้ป่วยเบาหวานที่มาได้รับการรักษาในแต่

ละวันมีค่อนข้างมาก ทำให้แพทย์ต้องรีบตรวจ จึงอาจไม่ได้สอบถามรายละเอียดเรื่องยาจากผู้ป่วยมากนัก ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยมียาเหลือมากน้อยเพียงใด เมื่อสั่งจ่ายยาไปเพิ่มตามวันนัดก็ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มอีก จึงเป็นสาเหตุให้มียาเหลือใช้มากขึ้น ดังนั้นเพื่อลดปัญหาการมียาเหลือใช้โรงพยาบาลควรมีการวางระบบ เช่น การรณรงค์ให้ผู้ป่วยนำดยาเดิมมาด้วยทุกครั้งเมื่อมาพบแพทย์หรือหากไม่ได้นำยาเดิมมาต้องนับเม็ดยาก่อนมาโรงพยาบาลทุกครั้งเพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบถึงจำนวนยาที่เหลือ ในส่วนของระบบโรงพยาบาลควรมีการตรวจสอบจำนวนยาที่เหลือใช้ของผู้ป่วยในแต่ละรายก่อนเข้าพบแพทย์ หรือกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในโรงพยาบาลในเรื่องรูปแบบการสั่งจ่ายยาของแพทย์ และหากพบว่าแพทย์มีการสั่งยาเผื่อมากเกินไป ต้องมีการสะท้อนปัญหากลับไปยังองค์กรแพทย์เพื่อให้ทบทวนในประเด็นดังกล่าว ในส่วนของเภสัชกรซึ่งเป็นด่านสุดท้ายในการจ่ายยาให้

ผู้ป่วยก็ต้องเน้นในเรื่องการสอบถามข้อมูลยาเหลือใช้หรือขอดยาที่ผู้ป่วยนำมาทุกครั้ง เพื่อช่วยให้เกิดการจ่ายยาในปริมาณที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดความสูญเสียด้านยาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านรองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและท่านรองศาสตราจารย์ ดร.พานี สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ดูแลให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านที่ได้ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมและผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ได้ช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on diabetes. [Online]. 2016 [cited 2018 Jun 25]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1)
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 2) ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
3. ปรรธนา ชมพูนท. ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
4. วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ, พรเพ็ญ ลือวิทวัส. การสำรวจปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้ในผู้ป่วยนอกภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารเวชบันทึกศิริราช. 2557; 7(1): 20-5.
5. วิภาดา ปุณณภาไพศาล. การออกแบบระบบการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานโดยการวิเคราะห์สาเหตุราก [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.

6. วิวัฒน์ ถาวรพัฒน์รงค์, วรวรรณ กิติธิสมบูรณ์, วิภัญญา เจนสุริยะกุล, กาญจนา ศรีนวลรอด, โศภิญญา จันทร์เพ็ญ. การสำรวจยาเหลือใช้ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุ กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2555; 21(6): 1140-7.
7. ชิตพล พิสุทธิโกศล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดยาเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองประชาสโมสร อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

Received: 21 Dec 2018, Revised: 29 Mar 2019,

Accepted: 5 Apr 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

### การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเล็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

สุกัญญา วัฒนประไพจิตร<sup>1\*</sup> สุกัญญา กลางคาร<sup>2</sup> รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์<sup>3</sup>

#### บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นปัญหาที่ต้องเร่งรัดการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติซึ่งไม่สามารถกระทำได้ด้วยลำพังเพียงแค่นักในครอบครัวเท่านั้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเล็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ ประกอบด้วย บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 20 คน ได้แก่ ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 1 คน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลแว้ง 2 คน ผู้นำชุมชน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน พระภิกษุ 1 รูป และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 31 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า หลังจากพัฒนาด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ ศึกษาวิเคราะห์บริบทพื้นที่ การวางแผนเชิงปฏิบัติการ ปฏิบัติตามแผน นิเทศติดตาม และสรุปผลและถอดบทเรียน ได้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในระดับดี พบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มมากขึ้น เปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุติดสังคม 2 คน ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ เกิดจากมีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ และการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

**คำสำคัญ:** กระบวนการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กิจวัตรประจำวัน

<sup>1</sup> นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

\*Corresponding author: sukanya1713@hotmail.com

*Original Article***Development of Health Care Model For Homebound Elderly by Community Involvement in Nhong-Seng Village, Sub-district Wang-Nang, Muang District, Maha Sarakham Province****Sukanya Wattanaprajit<sup>1,\*</sup>, Sumattana Glangkarn<sup>2</sup>, Rutchanun Srisupak<sup>3</sup>****Abstract**

Homebound elderly care was a problem what need to accelerate finding the solutions for elderly to help themselves normally. The purpose of this operational research was to study about the development of health care model for homebound elderly by the participation of Baan Nong Seng, Sub-district Vang Nang, Muang District, Maha Sarakham Province. A sample of this study was selected by criteria with 20 involved people including 10 of the representatives of elderly caretaker, a health service provider, 2 of Sub-district municipality officials, 4 of community leaders, 2 of public health volunteers, a Buddhist priest, and 31 homebound elderly people. The data were collected by quantitative and qualitative approaches. After that the data were analyzed by descriptive statistics such as, frequency, percentage, mean, standard deviation and qualitative data used content analysis. The findings indicated that after 5 steps of the development process including context analysis, planning the operation, operating by action plans, supervision, and evaluation. The result showed the development of health care model for homebound elderly influenced knowledge in a good level of simple health care by themselves and a good level of routine capability. Therefore, there is a higher level of ADL and self-help skills, then, this changed status to be social elderlies for 2 people. The main factors that contributing to this success caused from strong community leaders, the support and main host by the local government, the mentors from Sub-district Health Promoting Hospital, and the continued coordination all processes both formal and informal ways.

**Keywords:** Development Process, Homebound Elderly, Daily Routine

<sup>1</sup> Student in Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

<sup>2</sup> Associate professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

<sup>3</sup> Assistant professor, Faculty of Science and Technology RajabhatMahasarakham University

\*Corresponding author: sukanya1713@hotmail.com

## บทนำ

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ของผู้สูงอายุก็เพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การพึ่งพาซึ่งผู้สูงอายุต้องทนทุกข์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ว่าเหตุใดก็ด้วย ถูกละเลยจากสังคมและลูกหลาน<sup>1</sup> ความต้องการช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ การจัดบริการและด้านสังคม จากวิถีชีวิตและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้นต่างคนต่างอยู่ บางครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง เนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้านส่งผลให้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงลดลง<sup>2</sup> ผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2557 – 2559 ร้อยละ 13.83, 14.56, 15.02 ตามลำดับ ในพื้นที่ตำบลแวงน่าง ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 ร้อยละ 11.50, 12.61, 13.98 ตามลำดับโรคและปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญส่วนใหญ่ ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย ร้อยละ 33.30, 23.70, 12.96, 4.30 และ 3.90 ตามลำดับ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเร็วขึ้นจากการคัดกรองผู้สูงอายุตามศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของบ้านหนองเส็ง หมู่ 9 จำนวนทั้งหมด 112 คน จำแนกผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่มคือ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 67 คนร้อยละ 59.8 กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 42 คนร้อยละ 37.5 กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.7<sup>3,4</sup> โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

และติดเตียง มักมีอาการเจ็บป่วยหลายโรคในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและรุนแรงเพิ่มขึ้นแบบต่อเนื่อง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลสุขภาพจากทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์และเครือข่ายลูกหลาน ญาติ คนในครอบครัว ที่ผ่านมามีปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านพบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปวดข้อเข่า เดินหกล้ม ค่าดัชนีมวลกายระดับ 2,3 จึงมีความต้องการอยากให้มีดัชนีมวลกายปกติ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย มีภาวะซึมเศร้า เหงาไม่มีเพื่อน นอนไม่หลับ อยากมีเพื่อนคุย อยากให้มีคนพาเข้าร่วมทำบุญตักบาตรทุกวันพระ และฝึกกิจกรรมทางกาย ส่วนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีบุคลากรไม่เพียงพอ มีงบประมาณแต่ขาดความชัดเจนในการเบิกจ่าย วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานขาดแคลนไม่เพียงพอต่อความต้องการส่วนใหญ่จะถูกปล่อยทิ้งให้อยู่คนเดียวในช่วงกลางวันที่ถูกหลานไปทำงาน หน่วยงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน มีการทำงานแยกส่วนไม่มีการบูรณาการกันอย่างจริงจัง จึงทำให้ประเด็นปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้มีการแก้ไข

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้หากไม่เร่งรัดการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่จะนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และยังส่งผลกระทบต่อการจัดบริการในส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเรื้อรังควบคู่กับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาและความต้องการช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการที่จะศึกษาและพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ชุมชนบ้านหนองเส็ง หมู่ 9 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ด้วยรูปแบบภายใต้แนวคิด WANG NANG Model ประกอบด้วย W (We) คือพวกเราทุกคน ทุกภาคส่วน A (Attitude) การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ N (Non- communicable disease: NCD) การลดภาวะ แทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง G (Giver) การให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งจากคนในครอบครัว ลูกหลานและคนในชุมชน N(Network) เครือข่ายร่วมปฏิบัติงานผ่านทุกช่องทาง การติดต่อ สื่อสาร A (Appreciate) การเสริมพลังทางบวก N (Nursing Process) การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน G (Good Governance) การบริหารจัดการที่ดี มีความรับผิดชอบต่อนักที่มีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม การดำเนินงานโดยการรวมทุกภาคีเครือข่ายทางสังคมในชุมชนให้ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไปอย่างมีความสุขตามศักยภาพมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990)<sup>5</sup> ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบ้านหนองเส็ง หมู่ 9 ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2. กลุ่มผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง หมู่ 9 ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

**กลุ่มตัวอย่าง** มีเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. คัดเข้าตามความสมัครใจ
2. โดยต้องสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย
3. มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง
4. เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย มีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเองมีศักยภาพในการเป็นตัวแทนของกลุ่ม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดงานวิจัยได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง

### 3. ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

1. บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจง มี จำนวน 20 คนประกอบด้วย ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ตัวแทนผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 1 คน ตัวแทนจากเทศบาลตำบลเวียงน้ำ จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน พระภิกษุ จำนวน 1 รูป

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้ผ่านการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ค่าคะแนน ADL5-11) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 31 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งปรับจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>4</sup> ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย รายได้หลัก รายได้พอเพียง ระดับการศึกษาและศาสนา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ ข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไปการรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ประเมิน ADL

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)<sup>6</sup>

ส่วนที่ 4 สภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ ครอบครัวและสัมพันธภาพ แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา)

2) แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย รายได้หลัก รายได้พอเพียงและสถานะทางสังคม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม บันทึกสิ่งที่พบเห็นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัยทุกระยะรวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

### ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 70-79 ปี อายุต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 92 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 บาท รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 66 ปี

นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท รายได้หลักมาจากอาชีพเกษตรกรรม และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน

ข้อมูลสภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่ามีภาวะอ้วน ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปัญหาเรื่องการมองเห็นไม่ดี การเคลื่อนที่ไม่ปกติเหมือนเดิม มีปัญหาการนอนหลับ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เดินหกล้ม เมื่อเกิดความเจ็บป่วยผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลมหาสารคาม มีกายอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องช่วยเหลือที่ใช้ประจำมีไม้เท้า ฟันปลอม รถนั่งเข็น การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่สุขภาพโดยทั่วไปปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพไม่ดี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย มีบุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือเกือบทุกด้านจิตใจคือบุตร/คู่สมรส และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญ

คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับไม่ดี หลังการพัฒนา มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนหลังร่วมกิจกรรมพบว่า ภาพรวม อยู่ในระดับดี การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วมกิจกรรมพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วมกิจกรรมพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	(n=31)		(n=31)			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	12.35	4.39	19.35	2.57	8.011	<0.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	(n=31)		(n=31)			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	8.87	1.72	9.45	2.26	2.97	0.006

### กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990)<sup>5</sup> ตามวงจร 4 ขั้นตอน คือการวางแผน ปฏิบัติการการสังเกตและการสะท้อน ดังนี้

1. การวางแผนได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้ Focus Group เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา พบว่า ด้านบุคลากรมีไม่เพียงพอ ด้านงบประมาณมีเพียงพอแต่ขาดความชัดเจนในการเบิกจ่ายด้านสิ่งแวดล้อมและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน ยังขาดแคลนไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้าน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะถูกปล่อยทิ้งให้อยู่คนเดียวในช่วงกลางวันที่ถูกหลานไปทำงาน หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน มีการทำงานแยกส่วนไม่มีการบูรณาการกันอย่างจริงจัง จึงทำให้ประเด็นปัญหาต่างๆไม่ได้รับการแก้ไข ส่วนปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปวดข้อเข่าเดินหกล้ม มีปัญหาค่าดัชนีมวลกาย ระดับ 2,3 จึงมีความต้องการอยากให้มิดัชนีมวลกายปกติ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ทางด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเหงาไม่มีเพื่อน นอน

ไม่หลับ จึงมีความต้องการอยากมีเพื่อนคุยเพื่อนกินและเพื่อนนอน ทางด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุไม่ไปร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงมีความต้องการอยากให้มีคนพาเข้าร่วมทำบุญตักบาตรทุกวันพระ และฝึกกิจกรรมทางกาย จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมาในชั้นการวางแผน กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ดังนี้

1. ครอบครัว ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
2. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าเป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรต่อลูกหลานต้องรู้จักตั้งกฎรู้คุณค่า ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุให้โดดเดี่ยว
3. ต้องลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการควบคุมการกินอาหาร ออกกำลังกายและกินยา
4. ต้องมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ Care Giver ร่วมเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
5. ต้องสื่อสาร ติดต่อประสานงานกันระหว่างครอบครัว ชุมชน ทั้งระดับ ตำบล อำเภอ
6. ควรเสริมพลังทางบวก ให้กำลังใจ
7. ต้องมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (FCT) ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

8. ต้องมีการบริหารจัดการที่ดีโดยแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่มีความเคารพในสิทธิและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม

จึงได้ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ ในการแก้ไขปัญหา ได้จำนวน 4 แผนงาน ดังนี้

แผนที่ 1 แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการตรวจร่างกายและคัดกรอง/ประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ

แผนที่ 2 แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน สวดมนต์เย็นและนั่งสมาธิ

แผนที่ 3 แผนงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยผู้นำชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสำรวจสภาพแวดล้อม ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ ทางลาด ห้องน้ำ ราวจับ ในบ้านของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

แผนที่ 4 แผนงานฝึกปลอดภัยอาหารปลอดภัย ในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยมีครอบครัว ลูกหลานและผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้ร่วมกันปลูกพืชผักสวนครัวรั้วกินได้ เช่นแปลงผักผักในกระถาง

2. การปฏิบัติการ ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ประเมินความรู้ ประเมินการมีส่วนร่วม ประเมินสภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา และคืนข้อมูลให้กับผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับทราบสภาพปัญหา จะได้ร่วมวางแผน หาแนวทางและดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป

3. การสังเกตการณ์ เข้าร่วมสังเกตการณ์นิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้ข้อเสนอแนะ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกคน

ครบทุกกิจกรรมและมีความสนใจในกิจกรรมการให้ความรู้ ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) ในกิจกรรมทางด้านอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุพอใจคลายเหงาและมีความสุข

4. การสะท้อนกลับ ในขั้นวางแผน พบว่าข้อมูลนำเข้ามีความครบถ้วนในขั้นปฏิบัติการ มีการประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม สภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนาและขั้นการสังเกตพบว่าเสียงหัวเราะและรอยยิ้ม รวมถึงการเจริญอาหารช่วงพักกลางวันรับประทานอาหารร่วมกัน ส่วนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หลังจากทีมวิทยากรได้ละลายพฤติกรรม ก็พบว่าความเป็นกันเองรวมถึงรอยยิ้มเสียงหัวเราะการพูดจากันด้วยไมตรีจิต มีการตั้งไลน์กลุ่ม “We” เพื่อสื่อสารกันอย่างเป็นกันเองและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ผลการประเมินการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม พบว่าหลังการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 เพิ่มขึ้น อ้วนระดับ 2 ลดลง จากเดิมมีจำนวนเท่ากัน ผลการตรวจร่างกายส่วนใหญ่ภาวะโรคประจำตัวคงที่ ส่วนการรับรู้สภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านพบว่าส่วนใหญ่สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น จากเดิมปานกลางและไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพปานกลาง จากเดิมบอกว่าไม่ดี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้ เพิ่มมากขึ้น และเปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม สภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อย และคนที่มียกระดับภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรงเปลี่ยนเป็นระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านภาพรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากตอบถูก แต่มีด้านการออกกำลังกาย ระยะเวลาของการออกกำลังกายให้มี

สุขภาพดี คือครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน ตอบถุกน้อยที่สุดซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มเติมความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุให้เข้าใจ เรียบร้อยแล้ว

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม

จากแนวทางที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกัน เสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ซึ่งได้ดำเนินการไปเรียบร้อยแล้วนั้น ด้วยการสร้างปฏิสัมพันธ์นอกรอบกับภาคี เครือข่าย ด้วยการเข้าไปประสานก่อนการ ประสานงานอย่างเป็นทางการ ทำให้เกิดการ เชื่อมโยงการดำเนินงาน การคิดเชิงบวกในการ ทำงานของ ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ รวมทั้งคนในครอบครัวและคนในชุมชน เข้ามาเป็นเครือข่ายร่วมปฏิบัติงานในการดูแล ผู้สูงอายุ มีจิตอาสาบริการ บริการด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์จึงเกิดถนนสายบุญของตำบลแว้ง ด้วยการทำบุญตักบาตร ข้าวสารอาหารแห้งเป็น ประจำทุกเดือนเวียนไปครบทุกหมู่บ้านจำนวน 17 หมู่บ้าน สิ่งที่ได้จากการตักบาตรทำบุญแบ่งให้ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีรายได้น้อย ซึ่งจากที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล (พชต.) ตำบลแว้ง ได้นำประเด็น ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเข้าสู่การขับเคลื่อนเพื่อการ พัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตประจำปี 2561 ทำให้เกิดรูปแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง มหาสารคาม คือ WANG NANG Model ประกอบ ไปด้วย W: We คือพวกเราทุกคน ทุกภาคส่วน A: Attitude ด้วยการปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีทัศนคติ

ที่ดีต่อผู้สูงอายุ N: Chronic non-communicable disease; NCD โดยลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง G: Giver มีผู้ให้ ผู้ดูแล รวมทั้งคนใน ครอบครัว ลูกหลานและคนในชุมชน N : Network มีเครือข่ายร่วมปฏิบัติงานทุกช่องทาง การสื่อสาร A: Appreciate ด้วยการเสริมพลังทางบวก N: Nursing Process ปฏิบัติการทางการพยาบาลใน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน G: Good Governance ด้วยการบริหารจัดการที่ดี มีความรับผิดชอบต่อ หน้าที่ที่มีความเคารพในสิทธิและการปฏิบัติต่อ ผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม เป็น แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นที่นำมา อภิปรายผล ดังนี้

สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น แต่ต้องอาศัย อุปกรณ์ช่วย เช่นไม้เท้า รถนั่งเข็น ปัญหาเรื่อง สุขภาพ ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ภาวะโรค ประจำตัวคงที่ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่สุขภาพ โดยทั่วไป ดีขึ้นจากเดิมปานกลางและไม่ดี เมื่อ เปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่า สุขภาพปานกลาง จากเดิมบอกว่าไม่ดี และ สุขภาพกายมีความเสื่อมไปตามอายุขัย สอดคล้อง กับการศึกษาของ นรกร เลไธสง<sup>7</sup> การดำเนินงาน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วนประกอบด้วยเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

และกระบวนการการมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและคนที่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเปลี่ยนเป็นระดับปานกลางเนื่องจากมีเด็กกลุ่มหนึ่งที่เป็นบุตรหลาน ญาติของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใช้ชื่อว่า “Care Giver Junior” มีบทบาทสำคัญได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อยทำให้ผู้สูงอายุพอใจ คลายเหงาและมีความสุขช่วยเหลือในการใช้กายอุปกรณ์เช่นดัมเบล การผ่อนคลายร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อมจัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะรกรุงรัง กีดขวางทางเดิน คอยกำกับการกินยา ใ้ช้ยาให้ถูกขนาด ถูกวิธีการ กิจกรรมทางด้านสมองเด็กๆทำกิจกรรมกระตุ้นความจำด้วยการพาผู้สูงอายุเล่นจิบแอล อ่านหนังสือให้ฟัง ร้องเพลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริยญา ปิ่นเพชร<sup>8</sup> ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ และมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดีขึ้น

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีกระบวนการพัฒนาอยู่ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนการวิจัย (Preliminary phase)

1.1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ข้อมูลนำเข้ามีความครบถ้วน สมบูรณ์

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis และ McTaggart (1990)<sup>5</sup> มี 4 ขั้นตอน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพดีขึ้น มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น เปลี่ยนสภาพเป็น

ผู้สูงอายุติดสังคม การดำเนินงานมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น การทำงานเป็นทีมผู้ให้บริการและเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญ ต่อการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะต้องมีการติดตามและมีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน จัดประชุมคณะทำงานสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างแนวทางกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ประชุมคณะทำงาน กำหนดแนวทางการทำ Pre-test พบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา ด้วยกิจกรรมเปิดใจ จึงทำให้ประเด็นปัญหาต่างๆที่ไม่ได้รับการแก้ไขเปิดเผยออกมาให้เห็น และจากการที่ผู้วิจัยได้ใช้วิธีและกระบวนการติดต่อประสานงานทาบตามแบบไม่เป็นทางการ การสร้างปฏิสัมพันธ์อันรอบคอบ จึงเกิดพลังชุมชนและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและมีเป้าหมายร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหาของตำบลวางน่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริรักษา<sup>9</sup> การมีส่วนร่วมตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน คือการที่ประชาชนในชุมชน ตองมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ความหมายว่า การที่ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดีจึงควรกำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเองวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนเองและสามารถแยกแยะวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่สามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนและวิธีการใดที่เกินความสามารถจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นการดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม



ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมี 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน (แผนบูรณาการ การพัฒนาศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ปัจจัย 1) มีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง 4) ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ 5) การติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม แสดงให้เห็นถึงแนวทางกระบวนการวางแผนนำสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางที่เหมาะสมที่ทำให้ประสบความสำเร็จนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังเป็นเป้าหมายที่สนับสนุนต่อแนวทางระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term

Care) ในชุมชน ในระบบหลักประกันสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ

จากงานวิจัย พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพดีขึ้น มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น เปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม การดำเนินงานมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ ยอยจันทร์ศรี<sup>2</sup> การทำงานเป็นทีมผู้ให้บริการและเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญ ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่อื่นๆ ได้ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะต้องมีการติดตามและมีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง ผู้นำชุมชนรวมถึงพี่น้องประชาชนบ้านหนองอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุรุ่นเยาว์ (Caregiver Smart Junior) บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง จังหวัดมหาสารคาม ที่เข้าร่วม สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ครอบครัว และพี่น้องที่คอยเป็นกำลังใจ ตลอดจนให้ความรัก ความห่วงใย ตลอดมา และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวชื่อนามที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. กัญญารัช วงศ์ภูคา. สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และท่านจะเตรียมตัวเตรียมใจอย่างไรเมื่อวัยนั้นมาถึง[อินเทอร์เน็ต].2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2561].เข้าถึงได้จาก <https://betterlifeaging.wordpress.com/>
2. จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. ใน:การประชุมเสนอผลงาน วิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: 2555. หน้า 565-666.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง. รายงานการตรวจราชการกรณีปกติ.มหาสารคาม; 2559.
4. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
5. Kemmis, S. andMcTaggart, R.The Action Research Reader. 3rd ed. Geelong: DeakinUniversity Press; 1990.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
7. นรากร เลไธสง. รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
8. สริญญา ปิ่นเพชร. การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. บุรีรัมย์: กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์; 2555.
9. นิตยา เพ็ญศิริรักษา. การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช; 2546.
10. กานต์รวี กอบสุข. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านโคกบรณลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
11. วิโชติ ผ้าผิวดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
12. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก 2555; 13(2): 89-90.

Received: 25 Nov 2018, Revised: 25 Jan 2019,

Accepted: 22 Feb 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสอบ OSCE และความมั่นใจในการทำหัตถการระดับที่ 1  
ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพศ.ยะลานิดา ลิมาพัฒน์พงศ์<sup>1,\*</sup> รสสุคนธ์ คชรัตน์<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

หัตถการระดับที่ 1 ตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพของแพทยสภาเป็นหัตถการทางคลินิกที่ต้องสามารถทำได้เองสำหรับบัณฑิตแพทย์ แต่ในปัจจุบันพบว่า บัณฑิตแพทย์มีการทำหัตถการลดลงเนื่องด้วยความไม่มั่นใจ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสอบ OSCE และความมั่นใจในการทำหัตถการระดับ 1 ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 รพศ.ยะลา เพื่อหาว่าคะแนนสอบ OSCE มีความสัมพันธ์กับระดับความมั่นใจในการทำหัตถการของนักศึกษาแพทย์ได้หรือไม่ โดยใช้แบบสอบถามความมั่นใจในการทำหัตถการระดับที่ 1 ในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 รพศ.ยะลา ในเดือนเม.ย. ปี 2561 ทั้งหมด 28 คน ก่อนเริ่มเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยความมั่นใจแบ่งเป็น 3 ระดับ เปรียบเทียบกับคะแนนสอบ OSCE ในแต่ละหัวข้อหัตถการในขณะศึกษาชั้นปีที่ 4-6 หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ด้วยระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่ามีนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จำนวน 28 คน ตอบแบบสอบถามความมั่นใจในการทำหัตถการทั้งหมด 21 หัตถการ โดย Pap smear มีค่าคะแนน OSCE เฉลี่ยสูงสุดคือ 89.66 (SD=10.18) ส่วน Excision of benign tumor and cyst of skin & subcutaneous tissue มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ 48.00 (SD=10.30) ค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการทำหัตถการอยู่ระหว่าง 1.64 (Postural drainage) ถึง 2.79 (Wound dressing) มีเพียง 3 หัตถการ ได้แก่ การตามฝือกอ่อน, การทำคลอด และการทำ PAP smear ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับของคะแนนสอบ OSCE กับระดับความมั่นใจของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.02, 0.04$  และ  $0.03$  ตามลำดับ) โดยรวมคะแนนสอบ OSCE ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับความมั่นใจของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ในการทำหัตถการระดับ 1 ความมั่นใจของนักศึกษาแพทย์ในการทำหัตถการขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น จำนวนครั้งที่ได้ฝึกปฏิบัติ, เป็นความมั่นใจส่วนบุคคล, ความยากง่ายของข้อสอบ อีกทั้งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของการมีความมั่นใจต่ำในบางหัตถการ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขต่อไป

**คำสำคัญ** ความมั่นใจ หัตถการ หัตถการทางคลินิก OSCE

<sup>1</sup>แพทย์หญิง กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*Corresponding author: nida.si@cpird.in.th

*Original Article***Correlation between OSCE Scores and Student's Confidence in Level-1 Procedural Skills among The Sixth-Year Medical Students at Yala Hospital**Nida Simapatanapong<sup>1,\*</sup> Rossukon Khotcharat<sup>2</sup>**Abstract**

According to The Medical Council of Thailand's level-1 procedural skills; expected the medical graduates perform without supervision. However, nowadays medical graduates have reduced the procedure because of uncertainty. This study has an object to identify the level of the sixth-year medical student's confidence for level-1 procedural skills and verify the correlation to OSCE scores at Yala hospital. A descriptive study, self-answered questionnaire regarding specific clinical procedures was undertaken to twenty-eight the sixth-year medical students at Yala hospital during April, 2018. The confidence is based on a 3-point Likert scale. The OSCE scores are categorized to 3 levels. The comparison of OSCE scores for each procedure and each student was performed using Pearson's correlation with  $P < 0.05$  is statistical significant. There were 28 the sixth-year medical students answered 21 procedures, the highest mean OSCE score procedure is Pap smear ( $89.66 \pm 10.18$ ) while the lowest is Excision of benign tumor and cyst of skin & subcutaneous tissue ( $48.00 \pm 10.30$ ). The mean score of confidence for each procedural skills range from 1.64 (Postural drainage) to 2.79 (wound dressing). The external splinting, normal labour and PAP smear are only 3 procedures correlating between OSCE scores and student's confidence in level-1 procedural skill among the sixth-year medical students. Overall, the OSCE scores were not correlated with the level of confidence of the sixth-year medical students in performing the level-1 procedural skills. The confidence of the medical students in the procedure was dependent on several factors such as the number of training sessions practice, personal confidence, difficulty of the test. There should be further studies of the causes of low confidence in some procedures. To be the next solution.

**Keywords:** confidence, procedural skill, clinical skill, OSCE<sup>1</sup>Doctor, Department of Rehabilitation, Yala Hospital<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Naresuan University

\*Corresponding author: nida.si@cpird.in.th

## บทนำ

หัตถการระดับที่ 1 ตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพของแพทยสภา<sup>1</sup> คือหัตถการทางคลินิกที่ต้องสามารถทำได้เอง และถือเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับบัณฑิตแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่า บัณฑิตแพทย์มีการทำหัตถการลดลง เนื่องด้วยความไม่มั่นใจ (จากการที่ไม่เคยมีโอกาสดำเนินการปฏิบัติจริงในบางหัตถการหรือจำนวนครั้งในการทำหัตถการระหว่างเรียนน้อยเกินไป เป็นต้น) ว่าตนเองจะทำหัตถการได้สำเร็จและปลอดภัย แสดงให้เห็นผ่านการศึกษาวิจัยของ Joong HS และคณะ<sup>2</sup> ในปี 2015 มีการประเมินความสามารถในด้านต่าง ๆ ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีสุดท้ายก่อนจบการศึกษา โดยแบ่งเป็น 6 หัวข้อ ได้แก่ history taking, physical examination, communication skills, clinical reasoning skills, procedural skills และ professionalism โดยประเมินจากการสอบ OSCE (Objective Structured Clinical Examination) พบว่าหัวข้อ procedural skills มีสัดส่วนคะแนนสูงที่สุด นอกจากนี้การศึกษาของ Marel GM และคณะ<sup>3</sup> ในปี 2000 ได้ศึกษาเปรียบเทียบความมั่นใจและประสบการณ์ clinical skills ในแพทย์ postgraduate ปีที่ 1, 2 และ 3 พบว่ามีระดับความมั่นใจในทุกทักษะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแพทย์ทั้ง 3 ปี โดยสัมพันธ์กับประสบการณ์ของแพทย์ ดังนั้น การเพิ่มพูนทักษะหลังจบการศึกษาโดยเฉพาะในปีแรกจึงมีความสำคัญมากในการพัฒนา clinical skills

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หากครูแพทย์สามารถทำนายระดับความมั่นใจในการทำหัตถการของนักศึกษาแพทย์ในระหว่างการเรียนได้ อาจจะสามารถแก้ไขปัญหาข้างต้นได้ก่อนที่นักศึกษาแพทย์จะจบการศึกษา ดังนั้น จึงมี

แนวคิดในการหาข้อบ่งชี้ในการทำนายความมั่นใจ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับคะแนนสอบ OSCE เนื่องจากเป็นการสอบที่นักศึกษาแพทย์ทุกคนจะต้องผ่านการสอบ และมีหัวข้อประเมินด้านการทำหัตถการรวมอยู่ด้วย

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสอบ OSCE และความมั่นใจในการทำหัตถการระดับ 1 เฉพาะที่มีการสอบจริง ณ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพศ.ยะลา ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพศ.ยะลา ทั้งหมด 28 คน ก่อนเริ่มเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปจากแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ชื่อ, เพศ และคะแนนความมั่นใจในการทำหัตถการโดยใช้ Likert scale จาก 1 ถึง 3 (1 = มั่นใจน้อย, 2 = มั่นใจปานกลาง และ 3 = มั่นใจมาก) เปรียบเทียบกับคะแนนสอบ OSCE ในแต่ละหัวข้อหัตถการของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ในขณะศึกษาชั้นปีที่ 4-6 โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 1) คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ 2) คะแนนผ่านเกณฑ์ระดับปานกลาง 3) คะแนนผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

ตัวแปรต้นในการวิจัย คือ คะแนนสอบ OSCE ตัวแปรตาม คือ ความมั่นใจในการทำหัตถการ ศึกษาความสัมพันธ์ของคะแนนสอบ OSCE กับความมั่นใจในการทำหัตถการด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) ด้วยระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการวิจัย

จากนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ของศูนย์  
แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศูนย์  
ยะลา ทั้งหมด 28 คน เป็นเพศชาย 9 คน เพศ  
หญิง 19 คน จำนวนข้อสอบ OSCE ในระดับที่ 1  
จำนวน 21 หัตถการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสอบ  
OSCE, ค่าเฉลี่ยความมั่นใจแต่ละหัตถการ, ค่า p-  
value และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์  
สัน ดังตารางที่ 1

โดยหัตถการ Pap smear มีคะแนน OSCE  
เฉลี่ยสูงสุด (89.66±10.18) หัตถการที่มีคะแนน  
เฉลี่ยต่ำสุด คือ Excision of benign tumor and  
cyst of skin & subcutaneous tissue  
(48±10.30) ส่วนหัตถการที่มีค่าเฉลี่ยความมั่นใจ  
สูงสุด คือ wound dressing ค่าเฉลี่ย 2.79±0.50

และหัตถการที่มีค่าเฉลี่ยความมั่นใจต่ำสุด คือ  
Postural drainage ค่าเฉลี่ย 1.64±0.56

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน  
สอบ OSCE โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 1)  
คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ 2) คะแนนผ่านเกณฑ์ระดับ  
ปานกลาง 3) คะแนนผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  
เปรียบเทียบกับความมั่นใจในการทำหัตถการ  
3 ระดับ คือ 1) มั่นใจน้อย 2) มั่นใจปานกลาง 3)  
มั่นใจมาก ในการทำหัตถการระดับ 1 ของ  
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 พบว่า การตามเฝือกอ่อน  
(external splinting), การทำคลอด (normal  
labour), และการทำ PAP smear เป็นหัตถการที่  
มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับของคะแนนสอบ  
OSCE กับระดับความมั่นใจของนักศึกษาในระดับ  
ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่  
1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยการสอบ และการจัดกลุ่มผลสอบ OSCE, ค่าเฉลี่ยความมั่นใจต่อหัตถการ  
ระดับ 1, ค่า p-value และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

รายการหัตถการ ระดับที่ 1	คะแนนเฉลี่ย OSCE (SD)	คะแนนเฉลี่ยการ จัดกลุ่มผลสอบ OSCE	คะแนนเฉลี่ย ความมั่นใจ	p-value	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)
1. Advanced cardiopulmonary resuscitation	79.20 (4.19)	1.93 (0.26)	2.29 (0.53)	0.55	0.1510
2. Aerosol bronchodilator therapy	76.52 (10.64)	2.18 (0.61)	2.64 (0.56)	0.463	-0.0232
3. Oxygen therapy	82.29 (7.50)	2.64 (0.49)	2.61 (0.57)	0.638	0.0096
4. Breathing exercise	60.83 (10.55)	1.79 (0.57)	2.29 (0.66)	0.989	0.0707
5. Endotracheal intubation	77.71 (19.35)	2.36 (0.87)	2.25 (0.65)	0.156	0.3628
6. External splinting	77.39 (8.52)	2.39 (0.50)	2.29 (0.60)	<b>0.021</b>	0.1064
7. Anterior nasal packing	83.75 (10.66)	2.71 (0.53)	1.86 (0.71)	0.55	0.0842

รายการเหตุการณ์ ระดับที่ 1	คะแนนเฉลี่ย OSCE (SD)	คะแนนเฉลี่ยการ จัดกลุ่มผลสอบ OSCE	คะแนนเฉลี่ย ความมั่นใจ	p-value	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)
8. First aid management of injured patient	61.36 (7.75)	1.61 (0.57)	2.14 (0.52)	0.696	-0.1779
9. Suture	73.46 (11.60)	2.29 (0.66)	2.64 (0.56)	0.691	0.1869
10. Injection: intradermal, subcutaneous, intramuscular, intravenous	80.18 (19.93)	2.50 (0.75)	2.46 (0.58)	0.266	0.2156
11. Lumbar puncture	84.2 (10.60)	2.67 (0.49)	1.89 (0.57)	0.761	0.0945
12. Measurement of central venous pressure	62.5 (18.56)	1.87 (0.83)	1.86 (0.65)	0.655	-0.1309
13. Nasogastric intubation	81.93 (8.42)	2.68 (0.55)	2.61 (0.63)	0.354	-0.0576
14. Normal labor	78.52 (9.81)	2.36 (0.56)	2.18 (0.61)	<b>0.043</b>	0.0232
15. Excision of benign tumor & cyst of skin & subcutaneous tissue	48 (10.30)	1.13 (0.35)	2.19 (0.60)	0.177	0.4231
16. Postural drainage	64.14 (10.69)	2.04 (0.51)	1.64 (0.56)	0.911	0.0466
17. Wound dressing	75.8 (11.88)	2.29 (0.53)	2.79 (0.50)	0.347	-0.0397
18. Urethral Cath	81.07 (8.96)	2.68 (0.48)	2.68 (0.55)	0.201	0.0152
19. PAP smear	89.66 (10.18)	2.86 (0.36)	2.71 (0.53)	<b>0.03</b>	0.1667
20. Episiotomy	78.46 (11.49)	2.39 (0.57)	2.14 (0.65)	0.617	0.1434
21. Amniotomy	71.79 (9.88)	2.18 (0.55)	2.18 (0.72)	0.504	0.0100

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

โดยรวมคะแนนสอบ OSCE ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับความมั่นใจของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ในการทำเหตุการณ์ระดับ 1 ที่กำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพ

ของแพทยสภา มีเพียงการตามเฟือกอ่อน (external splinting), การทำคลอด (normal labour) และการทำ PAP smear เท่านั้นที่คะแนนสอบ OSCE และความมั่นใจของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือจำนวนนักศึกษา ค่อนข้างน้อย ซึ่งหากมีการเก็บข้อมูลแบบ Multi-center หรือเพิ่มระยะเวลาการเก็บข้อมูลโดยทำ ต่อเนื่อง 2-3 ปี ในนักศึกษาชั้นปีที่ 6 จะทำให้ค่า การวิเคราะห์แมนย่าขึ้นและข้อมูลน่าเชื่อถือ เพิ่มขึ้น และได้จำนวนเหตุการณ์ที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ การศึกษาทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ<sup>4-6</sup> นักศึกษามักประเมินความ มั่นใจของตนในการทำเหตุการณ์ในระดับน้อย และ ระดับความมั่นใจไม่สอดคล้องกับความสามารถใน การทำเหตุการณ์ซึ่งประเมินจากการทดสอบจริง<sup>7</sup> แต่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการทำ เหตุการณ์หรือประสบการณ์ทางคลินิก<sup>5-7</sup> ผู้วิจัย พบ ว่า Breathing exercise, First aids management of injured patient และ Excision of benign tumor and cyst of skin & subcutaneous tissue มีค่าเฉลี่ยของคะแนน OSCE อยู่ในระดับต่ำในขณะที่ค่าความมั่นใจของ นักศึกษาแพทย์สูง แสดงให้เห็นถึงมุมมองที่ แตกต่างระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ซึ่งผู้เรียนมั่นใจ และคิดว่าทำได้ แต่เมื่อทดสอบตามมาตรฐานแล้ว ไม่ได้เป็นเช่นนั้น ทั้งนี้ ปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคะแนน

สอบ OSCE ได้แก่ อาจารย์ผู้ประเมิน และความ ยากง่ายของข้อสอบ

ผู้วิจัยได้พบข้อสังเกตเพิ่มเติม คือ Anterior nasal packing, Lumbar puncture, การวัด ระดับ central venous pressure และ Postural drainage มีค่าเฉลี่ยความมั่นใจในระดับต่ำ กล่าวคือ น้อยกว่า 2 ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึง สาเหตุของการมีค่าเฉลี่ยความมั่นใจที่ต่ำ เพื่อเป็น แนวทางในการแก้ไขที่ถูกต้องตรงสาเหตุต่อไป จากการศึกษาของศศิกันต์ นิมนานรัชต์<sup>8</sup> พบว่า นักศึกษาแพทย์มีความมั่นใจในการทำเหตุการณ์ใส่ ท่อช่วยหายใจ และการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสัน หลังอยู่ในระดับปานกลางถึงมากในแต่ละขั้นตอน ของการทำเหตุการณ์ทั้งสอง ในขณะที่นักศึกษา แพทย์ชั้นปีที่ 6 โรงพยาบาลศูนย์ยะลา มีค่าเฉลี่ย ความมั่นใจในการทำ Lumbar puncture ค่อนข้างน้อย แต่การใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ สำคัญในการช่วยชีวิต นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 รพ.ยะลามีความมั่นใจในระดับปานกลางถึงมาก เช่นเดียวกับ Advanced cardiopulmonary resuscitation

### เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่องเกณฑ์ ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555.
2. Jooong HS, Yang FAA, Azura M, et al. Students' performance in the different clinical skills assessed in OSCE: what does it reveal?. Med Educ Online 2015; 20: doi: 10.3402/meo.v20.26185.
3. Marel GM, Lyon PM, Barnsley L, et al. Clinical skills in early postgraduate medical trainees: patterns of acquisition of confidence and experience among junior doctors in a university teaching hospital. Med Educ 2000; 34 (12): 1013-5.
4. Karim JA, Marwan YA, Dawas AM, Akhtar S. Self-confidence of medical students in performing clinical skills acquired during their surgical rotation. Assessing

- clinical skills education in Kuwait. Saudi Med J 2012; 33(12): 1310-6.
5. Khanasuk Y, Sastravaha N, Atiprayoon S, A Suraporn, T Worasun, P Phoonyathorn. Confidence in Orthopedic Procedures among Burapha University Medical Students. BJM 2016; 3(2): 3-9.
6. Dehmer JJ, Amos KD, Farrell TM, Meyer AA, Newton WP, Meyers MO. Competence and confidence with basic procedural skills: the experience and opinions of fourth-year medical students at a single institution. Acad Med 2013; 88(5): 682-7: doi: 10.1097/ACM.0b013e31828b0007.
7. Morgan PJ, Cleave-Hogg D. Comparison between medical students' experience, confidence and competence. Med Educ 2002; 36(6): 534-9.
8. Nimmaanrat S. Confidence of medical students performing endotracheal intubation and spinal anesthesia and accuracy of their practices. Songkla Med J 2013; 31(3): 137-143.

Received: 12 Mar 2019, Revised: 31 May 2019,

Accepted: 7 June 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

### การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการทำงาน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อติญาณ์ ตรีเกษตริน<sup>1,\*</sup> อัจฉรวาตี ศรียศศักดิ์<sup>1</sup> รุ่งนภา จันทรา<sup>2</sup> สุทธนันท์ กัลละ<sup>3</sup>  
ปริญญา จิตอร่าม<sup>4</sup> สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์<sup>5</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 3 และชั้นปี 4 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 174 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแรงจูงใจในการเรียน และแบบวัดทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล 4 ด้าน คือ ด้านการเรียนรู้อ ด้านการปฏิบัติงานร่วมกัน ด้านการสื่อสาร และด้านบทบาทในวิชาชีพ แบบสอบถามผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง พบว่าทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.66 นำไปทดลองใช้ พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 และ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 - 4 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีมีทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.09, SD = .71) และแรงจูงใจในการเรียนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=0.41$ ,  $p<0.01$ ) ดังนั้นวิทยาลัยควรส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องเกี่ยวกับการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรให้มีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

**คำสำคัญ** แรงจูงใจในการเรียน ทัศนคติ สหสาขาวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

<sup>2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

<sup>3</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

<sup>4</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สุพรรณบุรี

<sup>5</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

\*Corresponding e-mail: atiya\_s@hotmail.com

*Original Article***Attitude toward Interprofessional Teamworking among Nursing Student,  
Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province**

Atiya Sarakshetrin<sup>1\*</sup>, Atcharawadee Sriyasak<sup>1</sup>, Rungnapa Chantra<sup>2</sup>,  
Suthanan Kunlaka<sup>3</sup>, Parinya Jitaram<sup>4</sup>, Supapen Panawatthanapisuit<sup>5</sup>

**Abstract**

This descriptive study aimed to analyze attitude toward interprofessional teamworking and relationship between the motivation in studying and attitude toward interprofessional teamworking among nursing students, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province. The samples involved 174 nursing students (except the first year students). Two validated, self-reported questionnaires with multiple-choice questions were used for data collection. The attitude toward interprofessional teamworking questionnaire composed of four dimensions including learning, working together, communication and role in interprofessional team. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) was 0.66 and Cronbach's alpha was .76 and .83. The analytical statistics used in this research were mean, standard deviation, and correlation. The results revealed nursing students had a high level of attitude toward interprofessional teamworking (Mean=4.09; SD =.71). There was significant difference on the relationship between motivation in studying and attitudes toward interprofessional teamworking ( $r= 0.41, p < .01$ ). These findings provide the college to encourage teaching and learning with multidisciplinary teams and should have activities help to promote attitude toward interprofessional teamworking.

**Keywords:** motivation in studying, attitude, interprofessional, nursing student

<sup>1</sup>Prachomklao College of Nursing

<sup>2</sup>Boromarajonani College of Nursing Suratthani

<sup>3</sup>Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

<sup>4</sup>Sirindhorn College of Public Health Suphan Buri

<sup>5</sup>Boromarajonani College of Nursing, Savwanpracharak Nakhonsawan

\*Corresponding e-mail: atiya\_s@hotmail.com

## บทนำ

สมัชชาสุขภาพประเทศไทยมีการรับรองแผนยุทธศาสตร์การศึกษาสำหรับ บุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 เมื่อปี 2557 โดยดำเนินการขับเคลื่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพในสถาบันการศึกษาทั้งนี้เพื่อหวังผลสัมฤทธิ์ให้นักศึกษาในอนาคตได้มีทักษะความรู้ความสามารถด้านการเรียนแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education, IPE) ได้ทำการเรียนรู้จากกันและกัน และเกิดประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ<sup>1</sup> การเรียนแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education, IPE) เป็นวิธีการเรียนที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการแบ่งปันความรู้ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษา การทำงาน และการวิจัยร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพและช่วยเตรียมความพร้อมให้บุคลากรทำงานแบบสหวิชาชีพซึ่งเป็นวิธีทำงานที่เหมาะสมสำหรับการดูแลปัญหาสุขภาพของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน<sup>2</sup>

คลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืนซึ่งจัดเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิซึ่งนโยบายนี้มุ่งพัฒนาให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิโดยจัดให้มีจำนวนประชากรในขนาดที่เหมาะสมเพื่อให้ทีมรู้จักประชากรและชุมชนเป็นอย่างดีส่งผลให้เกิดการดูแลได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่องในการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการโดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ทันตแพทย์เภสัชกรพยาบาลนักกายภาพบำบัดนักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัวหรืออาจเรียกได้ว่า “Family medical

care team”<sup>3</sup> อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของสังคมไทยและสังคมโลกในปัจจุบันนโยบายรัฐบาลและยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี นโยบายไทยแลนด์ 4.0 วิธีการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐที่เน้นการทำงานแบบบูรณาการและเชิงพื้นที่มากขึ้นรวมทั้งแนวทางการปฏิรูปประเทศไทยมีเป้าหมายการปฏิรูปสาธารณสุข 10 ประเด็นสำคัญ ซึ่งใน 10 ประเด็นนั้นมีทีมหมอครอบครัวเป็นประเด็นหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ<sup>4</sup>

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่เป็นหนึ่งในทีมหมอครอบครัวรวมถึงการดำเนินงานด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนตามกลไกการปฏิบัติงานให้การดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนสามารถเชื่อมโยงการดูแลที่มีมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี การพยาบาลที่เน้นการดูแลในทุกมิติจึงมีความสำคัญมากเพราะสามารถส่งเสริมให้เกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกทำให้ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพมีพฤติกรรมที่ถูกต้องไม่ก่อให้เกิดโรคไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้และสามารถพึ่งตนเองได้<sup>5</sup>ซึ่งวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวไว้ 2 สมรรถนะหลัก คือ สมรรถนะเชิงวิชาชีพและสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ ทั้งนี้การกำหนดบทบาทหน้าที่และสมรรถนะของพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ได้ถูกต้อง เหมาะสม พัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะที่ดีเพื่อการบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ทั้งนี้สภาการพยาบาลได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว ไว้ทั้งหมด 7 ด้าน มีรายละเอียดคือการ

เป็นผู้จัดการรายกรณี การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน การสร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพการเป็นที่ยอมรับ ประสานงานท้องถิ่น การจัดระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องและเสริมสร้างพลังอำนาจ<sup>5</sup>

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีเป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มุ่งบริหารจัดการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์โดยมีพันธกิจในด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร การให้บริการวิชาการแก่สังคม การศึกษาวิจัยและผลิตผลงานวิชาการ การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม การพัฒนานักศึกษาและการประกันคุณภาพการศึกษาที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยมีการกำหนดสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลใน สังกัดพระบรมราชชนกที่ได้กำหนดไว้ซึ่งในหลักสูตรมีการส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ แต่พบว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตปีการศึกษา พ.ศ. 2555 ยังไม่มีเนื้อหาการจัดการกิจกรรมการสอนในทีมสหสาขาวิชาชีพหรือการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการที่เราจะทำงานร่วมกันได้บุคคลต้องมีทัศนคติในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกชกร รักรุ่งและคณะ<sup>5</sup> ที่เสนอว่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานีควรจัดให้มีการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพโดย ให้นักศึกษาเรียนร่วมกับนักศึกษาสาขาอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ เกษษกร กายภาพบำบัด ในการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาลเฉพาะประเด็น และสอดคล้องกับการศึกษาของเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ของ อนัญญา คูอาริยะกุล<sup>7</sup> ที่เสนอว่าควรมีการศึกษาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราช

ชนนีอุตรดิตถ์ทุกชั้นปีอย่างต่อเนื่องเพื่อทราบแนวโน้มของเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาและเป็นข้อมูลที่สำคัญในการปลูกฝังหรือส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลให้กับนักศึกษาเพื่อให้นักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการต่อไป

ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นของการศึกษาแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อวิทยาลัยพยาบาลในการจัดการเรียนการสอนหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมการศึกษาเพื่อพัฒนาทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดจนวางนโยบายในการคัดเลือกนักศึกษาเข้าศึกษาในวิชาชีพการพยาบาลอันจะส่งผลดีต่อนักศึกษาโดยสามารถศึกษาได้สำเร็จได้ตามเป้าหมายและส่งผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาลและประโยชน์กับผู้รับบริการต่อไปและมีแนวทางในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพได้ตรงประเด็นมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาเรื่องแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีเพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาเพื่อให้ความรู้ความสามารถด้านการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อไป

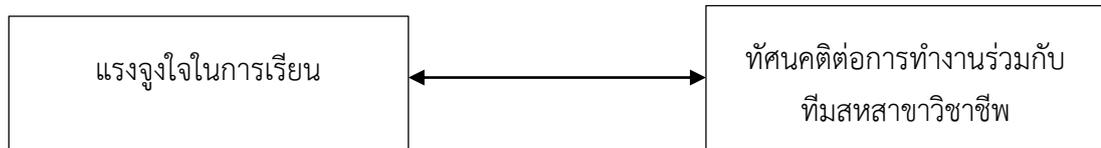
#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

แรงจูงใจในการเรียนเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลประสบความสำเร็จในการเรียน และยังมีส่วนในการพัฒนาตนเองให้เป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ เนื่องจากแรงจูงใจในการเรียนเป็นแรงขับที่อยู่ภายในตัวมนุษย์ที่ทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจในการ

ทำงานสูงจะมีความพยายามในการกระทำไปสู่เป้าหมายโดยไม่ลดละ<sup>8,9</sup> เมื่อเกิดแรงผลักดันในการเรียนจึงมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกและความคิดของบุคคลที่ต้องการทำอะไรเรื่องหนึ่งให้ดีหรือประสบความสำเร็จ ดังนั้นการที่บุคคลมีแรงจูงใจในการเรียนจึงมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังแผนภาพ



### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 – 4 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 309 คน กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2-4 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากประชากรมีจำนวนที่แน่นอนจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ<sup>10</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเรียนร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยปรับมาจาก ศรีณย์ รื่นณรงค์<sup>11</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

มีจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน แบ่งระดับโดยช่วงคะแนน คือ ช่วงคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด ช่วงคะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย ช่วงคะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลางช่วงคะแนน 3.51 – 4.50 หมายถึง มาก ช่วงคะแนน 4.51 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักของคะแนนตามความเหมาะสมเป็นเป็น 3 ระดับ คือ 3.68 – 5.00 หมายถึง มาก 2.34 – 3.67 หมายถึง ปานกลาง และ 1.00 – 2.33 หมายถึง น้อย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยแปลและปรับจาก Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) Questionnaire ของ McFadyenetal<sup>12</sup> เป็นมาตราประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 19 ข้อ คะแนนเต็ม 95 คะแนน ช่วงคะแนน คือ ในช่วงคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด ช่วงคะแนน 1.51–2.50 หมายถึง น้อย ช่วงคะแนน 2.51–3.50 หมายถึง ปานกลาง ช่วงคะแนน 3.51–4.50 หมายถึง มาก ช่วงคะแนน 4.51–5.00 หมายถึง มากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) แต่ละข้อคำถาม และทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 ขึ้นไป

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการหาค่าดัชนีความสอดคล้องแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจในการเรียนและแบบสอบถามวัดทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .76 และ .83 ตามลำดับ

### จริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 03/2561 และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง ว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการจะถือเป็น

ความลับและในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 - 4 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย แจกเอกสารคำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเปิดโอกาสให้นักศึกษาอ่านคำชี้แจงและพิจารณาตัดสินใจหากยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ส่งคืนให้ผู้วิจัย ได้แบบสอบถามคืนจำนวน 174 คน จากกลุ่มตัวอย่าง 174 คน คิดเป็นร้อยละ 100

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 คน พิจารณาจำนวนตามเพศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.5 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 11.5 อายุที่พบมากที่สุดคือ 20 ปี มีจำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 59.8 อายุที่พบน้อยที่สุดคือ 23 ปีและ 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.6 จำแนกตามระดับชั้นพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 พบจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.3

รองลงมา คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 32.8 จำแนกตามเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรอยู่ในช่วง 2.51 - 3.00 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 2.01 - 2.50 คิดเป็นร้อยละ 19.0 ดังตารางที่ 1

2. ระดับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีพบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีระดับทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.09, SD = .71) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=174)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	154	88.50
	ชาย	20	11.50
อายุ (ปี)	19	24	13.80
	20	104	59.80
	21	24	13.80
	22	18	10.30
	24	1	0.60
	25	2	1.10
ชั้นปี	2	77	44.30
	3	57	32.80
	4	40	23.00
เกรดเฉลี่ยสะสม	1.50-2.00	4	2.30
	2.01-2.50	33	19.00
	2.51-3.00	116	66.70
	3.01-3.50	20	11.50
	มากกว่า 3.51	1	0.60

ตารางที่ 2 ทักษะคติในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (n=174)

ข้อความ	Mean	SD	แปล
<b>ด้านการเรียนรู้</b>			
1. การเรียนร่วมกับนักศึกษาต่างสาขาจะทำให้ฉันเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพ	3.91	0.65	มาก
2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับนักศึกษาสาขาสุขภาพอื่นจะเป็นการเพิ่มความสามารของฉันในการเข้าใจปัญหาทางคลินิก	4.10	0.59	มาก
3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะช่วยให้ฉันเข้าใจข้อจำกัดของวิชาชีพของตัวเอง	4.11	0.60	มาก
4. การเรียนรู้ร่วมกันก่อนและหลังจบศึกษาพยาบาลจะช่วยให้ฉันกลายเป็นสมาชิกของทีมงานที่ดีขึ้น	4.11	0.66	มาก
<b>ด้านการปฏิบัติงานร่วมกัน</b>			
5. ผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์ประโยชน์สูงสุดหากนักศึกษาสาขาสุขภาพร่วมกันทำงานเพื่อแก้ปัญหาผู้รับบริการ	4.24	0.67	มาก
6. ทักษะการทำงานเป็นทีมจำเป็นสำหรับนักศึกษาสาขาสุขภาพทุกสาขาในการเรียนรู้	4.28	0.66	มาก
7. การเรียนรู้ร่วมกันกับนักศึกษาสาขาสุขภาพก่อนจบการศึกษาจะช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน	4.24	0.63	มาก
8. การเรียนรู้ร่วมกันจะช่วยให้ฉันคิดบวกเกี่ยวกับวิชาชีพสาขาสุขภาพอื่น	4.20	0.66	มาก
9. ในการเรียนรู้การทำงานแบบกลุ่มจำนวน 8 คน นักศึกษาต้องเคารพและไว้วางใจซึ่งกันและกัน	4.30	0.65	มาก
10. ฉันไม่ต้องการเสียเวลาในการเรียนร่วมกับนักศึกษาสาขาสุขภาพอื่น	4.13	0.89	มาก
11. ไม่มีความจำเป็นที่นักศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาสุขภาพต้องมีการเรียนรู้ร่วมกัน	4.20	0.88	มาก
12. ในการแก้ปัญหาในคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพนั้นสามารถเรียนรู้ได้เฉพาะจากการเรียนรู้การปฏิบัติงานร่วมกับนักศึกษาจากสาขาหรือหน่วยงานของตนเองเท่านั้น	3.79	1.02	มาก
13. ฉันรู้สึกยินดีที่ได้มีโอกาสร่วมกันทำงานในโครงการเล็กๆร่วมกับนักศึกษาสาขาสุขภาพอื่น เช่น โครงการอบรมพัฒนาบุคลากรวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกผ่านกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและสหวิชาชีพ	4.21	0.65	มาก
14. การเรียนรู้และการปฏิบัติงานร่วมกันจะช่วยแก้ปัญหาให้ผู้รับบริการได้	4.32	0.68	มาก

ข้อความ	Mean	SD	แปล
<b>ด้านการสื่อสาร</b>			
15. ทักษะการสื่อสารควรมีการเรียนรู้ร่วมกันกับนักศึกษาสาขาสุขภาพอื่น	4.20	0.66	มาก
16. การเรียนรู้ร่วมกันกับนักศึกษา สาขาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นจะช่วยให้ นักศึกษามีการสื่อสารที่ดีขึ้นกับผู้รับบริการและบุคลากรวิชาชีพ	4.29	0.63	มาก
<b>ด้านบทบาทในวิชาชีพ</b>			
17. หน้าที่หลักของพยาบาลในทีมสุขภาพคือการสนับสนุนการทำงานของแพทย์	2.69	1.12	ปานกลาง
18. ฉันไม่แน่ใจว่าบทบาทในวิชาชีพของฉันในทีมสุขภาพคืออะไร	3.95	0.69	มาก
19. ในการเรียนร่วมนักศึกษาพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะทางด้านวิชาชีพพยาบาล	4.28	0.68	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.09</b>	<b>0.71</b>	<b>มาก</b>

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า แรงจูงใจในการเรียนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ( $r=0.41$ ,  $p<0.01$ )

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีระดับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าการศึกษายาบาลตามหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555 ของสถาบันพระบรมราชชนก กำหนดให้วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดจัดการเรียนการสอนตามปรัชญาของหลักสูตรโดยมีการเน้นให้ผู้เรียนให้การพยาบาลด้วยความ

เอื้ออาทร มีคุณธรรม จริยธรรม ยึดให้มีการตระหนักในจรรยาบรรณของวิชาชีพ มีการปลูกฝังทัศนคติที่ดีในการทำงานบริการสุขภาพ ทั้งในการสอนภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติต้องมีการกำหนดให้มีบทบาททั้งหัวหน้าทีม หัวหน้าเวรและทีมการพยาบาล ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องแสดงบทบาทต่าง ๆ ในการทำงานร่วมกับทีมวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการอย่างมีระบบและเป็นกระบวนการโดยอยู่บนเป้าหมายของวัตถุประสงค์เดียวกัน ซึ่งจะต้องมีทักษะการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินสภาพของปัญหาและปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดกระบวนการทำงาน ซึ่งเป็นการหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดจิตสำนึกในการแสดงบทบาทให้เป็นไปตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีส่วนเสริมสร้างค่านิยมในวิชาชีพ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย คนในครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ<sup>13</sup> ซึ่งนักศึกษาพยาบาลเป็นบุคคลที่ต้องปฏิบัติการพยาบาล

ร่วมกับเพื่อนนักศึกษาด้วยกันเอง พี่เลี้ยงบนหอผู้ป่วย รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ หากขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแม้จะมีความรู้ความสามารถเพียงใด ก็ย่อมยากที่จะปฏิบัติงานได้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานบริการพยาบาลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ก็ย่อมต้องมีแรงจูงใจที่ดีในการให้บริการและจะสามารถปฏิบัติภารกิจให้ลุล่วงได้

2. แรงจูงใจในการเรียนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีอย่าง อธิบายได้ว่าแรงจูงใจในการเรียนเป็นการรับรู้คุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น มั่นใจในการปฏิบัติงานของตนเอง บุคคลจะมีความเคารพในตนเองมองเห็นตนเองเป็นคนมีค่า มีความสามารถและมีสมรรถภาพที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ<sup>14,15,16</sup> ดังนั้นการที่นักศึกษาพยาบาลมีความเชื่อมั่น และรับรู้ว่าคุณค่ามีความสามารถที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ได้ จึงมีความกระตือรือร้นในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับบุคคลอื่น รู้สึกมีพลังและมีเป้าหมายในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น จึงทำให้แรงจูงใจในการเรียนมีความสัมพันธ์กับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรีธัญ รื่นณรงค์<sup>10</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติต่อการเรียนวิชาพลศึกษาของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงจูงใจในการเรียนวิชาพลศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อการเรียนวิชาพลศึกษาของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า นักเรียนที่มีแรงจูงใจในการเรียนพล

ศึกษามาก มีเจตคติทางบวกต่อการเรียนวิชาพลศึกษา ทั้งนี้เพราะนักเรียนที่มีแรงจูงใจในการเรียนพลศึกษามาก เป็นนักเรียนที่มีความตั้งใจกระตือรือร้น มีความปรารถนาที่จะเรียนรู้ในวิชาพลศึกษา เนื่องจากการที่ได้รับคำชมเชยจากผู้ปกครอง อาจารย์ และการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน จึงสังเกตเห็นประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะเกิดกับตนเอง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นแรงผลักดันให้นักเรียนตั้งใจเรียนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในวิชาพลศึกษา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิตมวงคลและเปรมฤดี บริบาล<sup>17</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับทัศนคติในการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 หลักสูตรการศึกษาต่าง ๆ ทั้งในวิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนในรูปแบบการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีคุณภาพ สามารถทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้

1.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งในมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยในสถาบันพระบรมชนกสามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษาตระหนักถึงการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.3 พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในปัจจัยด้านแรงจูงใจในการเรียนที่ส่งผลต่อทัศนคติงานร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริการพยาบาล

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการเรียนการสอน ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อมในการเรียนและการทำงาน และด้านบุคลากรทั้งก่อนและหลังการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2 ควรให้มีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในทางบวก

2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ประสิทธิภาพการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ความสัมพันธ์ในทีมการทำงาน

## เอกสารอ้างอิง

1. วณิษา ชื่นกรองแก้ว. การศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2557.
2. สุณี เศรษฐเสถียร. รูปแบบการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู, 2558; 25: 65-70.
3. โสภณ เมฆธน. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
4. เจษฎา โชคดำรงสุข. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2561] เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/04/117008/>.
5. อีรพร สิริอังกูร. การศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2561.
6. กรชกร รุ่ง และคณะ. ความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี. รายงานวิจัย สุราษฎร์ธานี; 2560.
7. อนัญญา คูอาริยะกุล. เจดิตต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี. 2555, 6: 18-26.
8. McClelland, D. C. The achievement motive. New York: Appleton Century Crofts Inc; 1953.
9. Rabideau, T.S. Effects of achievement motivation on behavior (Internet). 2005 (cited 2011 Apr 17). Available from: <http://www.personalityresearch.org>.
10. Yamane, Taro. Statistics, An Introductory Analysis, 2<sup>nd</sup> Ed., New York: Harper and Row; 1967.
11. ศรีณีย์ รื่นณรงค์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติการเรียนวิชาพลศึกษาของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. 2553.
12. McFADYEN. Interprofessional attitudes and perceptions: Results from Longitudinal controlled trial of pre-registration health and social care students in Scotland. 2010.
13. ศกุนตลา อนุเรือง, ลออวรรณ อึ้งสกุล และวิภาวี พลแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการให้บริการสุขภาพกับผลสัมฤทธิ์ของการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ชั้นปีที่ 2-4) ปีการศึกษา 2551 วิทยาลัย

- พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.รายงาน  
การวิจัย; นครราชสีมา, 2552.
14. Maslow, A. Motivation and personality.  
2<sup>nd</sup>ed. New York: Harpes & Row  
Publishers; 1970.
15. Roger, C. On becoming a Person: A  
therapist's view of psychotherapy.  
Boston: Houghton Mifflin; 1979.
16. Rosenberg, M. conceiving the self.  
New York: basic Books; 1979.
17. ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และเปรมฤดี ภิริบาล.  
ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษา  
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
อุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวง  
สาธารณสุข, 2555; 22: 98-108.

Received: 28 Mar 2019, Revised: 26 Apr 2019,

Accepted: 17 May 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่  
ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์<sup>1\*</sup> ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว<sup>2</sup> อรุณ บุญสร้าง<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (2) คั้นข้อมูลจากการศึกษา (3) ประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อจัดทำแผน (4) ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ (5) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วม (6) ประเมินผล (7) จัดเวทีถอดบทเรียน และ (8) ทดสอบกระบวนการโดยผู้ทรงคุณวุฒิใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ผลปรากฏว่าในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (2) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง และ (3) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก และได้กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย (1) Nonstop health care คือ การที่ชุมชนไม่หยุดดูแลสุขภาพ (2) Action plan of community health care คือ การปฏิบัติตามแผนงานการดูแลสุขภาพของชุมชน (3) Participation of health network คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน และ (4) Observation and assessment คือ การสังเกตการณ์และการประเมินผลการดำเนินกิจกรรม โดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ คือ การให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุเองที่ได้รับผลกระทบให้มีความรับผิดชอบในประเด็นปัญหานี้และมีจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน

**คำสำคัญ** การทำงานเป็นทีมในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุ

<sup>1</sup> นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>3</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

\*Corresponding author: khwantai@gmail.com

*Original Article***Elderly health care process by participating in the Napo Yai community,  
Mukdahan Subdistrict, Mueang District, Mukdahan Province****Khwanrat Buawichaisin<sup>1,\*</sup>, Chaiwut Bourneow<sup>2</sup>, Arun Boonsang<sup>3</sup>****Abstract**

This action research aimed to study the process of developing the elderly health care model participating by Napa Yai community, Mukdahan Subdistrict, Mueang District, Mukdahan Province. 20 elderly and 20 network partners collect both quantitative data And qualitative By using the generated tools and analyzing the data using descriptive statistics such as mean, percentage, standard deviation and analyzing qualitative data by content analysis. The study indicated that The process of developing the elderly health care model by participating in this community had 8 steps, namely (1) studying the context and the problem condition (2) returning information from the study (3) participatory workshop To prepare the plan (4) carry out activities according to the project (5) Observe participation (6) Evaluate (7) Arrange the stage to take off lessons and (8) Test the process by experts using the group discussion process, the results appear that in the development of the elderly care process by community participation There are 3 important elements: (1) participatory planning (2) Implementation of strong network partners and (3) continuous monitoring and evaluation Performance according to the procedure Found that community participation is at a high level And getting the elderly health care process in the community consisting of (1) Nonstop health care is that the community does not stop health care (2) Action plan of community health care is the implementation of community health care plans (4) Observation and assessment is the observation and evaluation of activities. In conclusion, the success factor of the development of the care process for the elderly in this community is to focus and create participation in caring by local networks and the elderly groups that are affected. To be responsible for this issue and have a conscience that it is a shared responsibility

**Keywords:** teamwork in the community; Elderly care in the community; elderly people<sup>1</sup> Student in Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University<sup>2</sup> Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University<sup>3</sup> Ubon Ratchathani Provincial Health Office

\*Corresponding author: khwantaiy@gmail.com

## บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลก โดยจำนวนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น และวัยเด็กลดน้อยลง แสดงว่าโครงสร้างของประชากรได้เปลี่ยนแปลงเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ในต่างประเทศพบว่า ทวีปยุโรปกลายเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก โดยเฉพาะ อิตาลี กรีซ เยอรมัน และสวิสเซอร์แลนด์ จึงเป็นสาเหตุให้มีการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อพัฒนาประเทศของตนให้มีคุณภาพกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต<sup>1</sup>

ปัจจุบัน ประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ราว 10 ล้านคน จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับ และสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตามนิยามของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2568<sup>2</sup> กล่าวไว้ว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเกิน ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 สำหรับประเทศไทยนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.5 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2573 หรือ ในอีก 12 ปีข้างหน้า โดยที่ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2564 เมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 13.1<sup>3</sup>

กระทรวงสาธารณสุข ได้ตรวจประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน ในปี พ.ศ. 2558<sup>4</sup> พบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และอีกร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม<sup>2</sup> ซึ่งจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทยนั้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง ด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชน จากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพโดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องได้รับบริการดูแลแบบต่อเนื่อง<sup>5</sup>

จังหวัดมุกดาหาร มีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากข้อมูลประชากร จังหวัดมุกดาหาร พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 54,300 คน ปี พ.ศ. 2557 ผู้สูงอายุจำนวน 40,811 คน และปี 2556 จำนวน 34,430 คน<sup>6</sup> จากข้อมูลการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร ปี 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม 4,025 คน ร้อยละ 97.62 ผู้สูงอายุติดบ้าน 50 คน ร้อยละ 1.21 และผู้สูงอายุติดเตียง 48 คน ร้อยละ 0.11 และปี 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม 3,379 คน ร้อยละ 97.12 ผู้สูงอายุติดบ้าน 48 คน ร้อยละ 1.38 และผู้สูงอายุติดเตียง 52 คน ร้อยละ 1.5<sup>7</sup>

ชุมชนนาโปใหญ่ ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 124 คน พ.ศ. 2558 จำนวน 100 คน และ ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 96 คน ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีอนามัยที่พึงประสงค์ ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและ

ภาวะอ้วน จำนวน 61 คน ร้อยละ 49.12 ด้านการออกกำลังกาย มีผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 97 คน ร้อยละ 78.23 การออกกำลังกายที่นิยมใช้ ได้แก่ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และเดินเร็ว ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเพียงลำพัง และมีผู้สูงอายุออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 21.77 ด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่เข้าข่ายความจำเสื่อม จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.81 และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.81 กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 123 คน ร้อยละ 99.19 ผู้สูงอายุดังกล่าวอาศัยอยู่เพียงลำพังในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลออกไปทำงาน และในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 14 คน ร้อยละ 11.30 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน ร้อยละ 18.55 และด้านอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุในชุมชนเสนอแนะ เกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในชุมชน คืออาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดตามข้อ ปวดหลัง และปวดเอว ซึ่งผู้สูงอายุต้องการใช้วิธีการนวด<sup>7</sup>

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา อาจถูกจำกัดอยู่ 2 แบบ คือ การดูแลตนเองในครอบครัว และการดูแลโดยรัฐจัดให้จากสถานการณผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและอื่นๆ มีแผนงาน นโยบาย และมาตรการต่างๆ รองรับสถานการณผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสังคมไทย ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะอยู่กับบ้าน เพื่อได้รับการเอาใจใส่ในการดูแลของครอบครัว มากกว่าได้รับการดูแลจากสถานบริการภายนอกชุมชน ทั้งโรงพยาบาลและสถานดูแลคนชรา รวมทั้งข้อจำกัดในด้านทรัพยากรของภาครัฐ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ถึงแม้จะมีระบบการดูแล และกลไกต่างในการดูแลผู้สูงอายุ

ในชุมชนที่หลากหลายแล้วก็ตาม แต่ที่ผ่านมามีการดำเนินงานดังกล่าว ยังไม่เกิดการเชื่อมโยงแบบบูรณาการของระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ชุมชนจะต้องเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ฐานชุมชนเป็นหลัก รวมทั้งส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเหมาะสมอย่างยิ่งกับสังคมชนบทธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในชุมชน เรื่องของการพึ่งพาตนเอง การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ชุมชนจะต้องมีการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์ วางแผนดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงศักยภาพได้ตามความต้องการ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง<sup>8</sup>

ข้อมูลกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร กระบวนการดำเนินงานแบบเดิม คือการดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากรัฐ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยจากกระทรวงสาธารณสุขที่รองรับในการรักษาเพียงอย่างเดียว ขาดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ รวมทั้งขาดการทำงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งจากการศึกษา งานวิจัยพบว่า หากภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลเข้ามา มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุและมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องจากชุมชน จากความเป็นมาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจและได้ดำเนินการวิจัย เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อให้ได้กระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และเป็น การแบ่งเบาภาระของครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส และแมกทากาด<sup>9</sup> มี 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 124 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 124 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 34 คน รวมจำนวนประชากรทั้งหมด 282 คน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่อยู่ในชุมชนนาโปใหญ่ 2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการตามจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัย 4) เป็นผู้ที่มีสื่อสาร อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ 5) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 20 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน

20 คน และ 3) ภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน คือ เจ้าอาวาสวัดแจ้งนาโปใหญ่ 1 รูป ประธานชุมชน จำนวน 1 คน คณะกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 3 คน สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 5 ชุด ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้พฤติกรรมในการดูแลตนเอง เจตคติของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การมีโรคประจำตัว และสถานะในครอบครัวและสังคม

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 เจตคติของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. แบบสังเกตกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 4 ระยะประกอบด้วย 1) ระยะการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนา 2) ระยะวางแผน 3) ระยะดำเนินงานตามแผน และ 4) ระยะติดตามประเมินผล

3. แบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่มโดยการมีส่วนร่วม ใช้เพื่อบันทึกกิจกรรมการประชุม ประกอบด้วย การบันทึกผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดำเนินกิจกรรม ผู้บันทึกกิจกรรม ปัญหาที่พบจาก

การสนทนาแบบมีส่วนร่วม ปัญหาที่เลือก และแผนงาน/โครงการที่เกิดขึ้นจากการประชุม

4. แบบบันทึกการสนทนา กลุ่มประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เจตคติของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

5. แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตาม สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะและข้อค้นพบใหม่

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ในการทำวิจัยตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of congruence)

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญมาทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชุมชนนาโปลน้อย ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เพื่อนำมาวิเคราะห์และคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมในการวิจัยในครั้งนี้

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล** ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย โดยการศึกษาค้นคว้า ความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การประสานงานกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย การเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนการศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามบทบาทหน้าที่ สำรวจ วิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพและปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนนาโปลใหญ่ จากแบบบันทึกสุขภาพครอบครัว (Family Folder) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ชุมชนและเป็นแนวทางในการตั้งประเด็นคำถาม สร้างกรอบแนวคิด ประเด็นคำถามแบบบันทึกการสังเกตและการวิเคราะห์สภาพการณ์ของชุมชน สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลสภาพการณ์ของผู้สูงอายุแก่ผู้ร่วมวิจัย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการสนทนาแบบมีส่วนร่วม

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการภาคีเครือข่ายโดยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยจัดการประชุมและปฏิบัติตามกระบวนการ AIC ใช้ระยะเวลา 2 วัน โดยกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน 1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็นและรับฟัง การยอมรับความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก (วันที่ 1 ของการประชุม)

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) คือ ขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ สมาชิกช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดการใช้ประสบการณ์ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนด ยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน (วันที่ 2 ของการประชุม)

3. การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) คือ การยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มดำเนินการ ในแผนปฏิบัติการโดยละเอียด

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) ดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ได้จากการมีส่วนร่วม ในการออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

ระยะที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) การประเมิน ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ ประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรม เจตคติ และการมีส่วนร่วม ภายหลังการปฏิบัติการวิจัย

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดประชุมภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปและถอดบทเรียนเพื่อประมวลผลการดำเนินงานที่ได้จากการดำเนินโครงการวิจัยเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการวัดความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนา และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปและคืนข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3. หลังดำเนินการวิจัย (Evaluation phase) ใช้เวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4. ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรมการมีส่วนร่วม และตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตาราง แจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

### ผลการวิจัย

#### บริบทและสภาพปัญหาผู้สูงอายุ ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ ชุมชนนาโปใหญ่ ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และผู้สูงอายุมีความเสื่อมด้านร่างกาย หากเกิดการเจ็บป่วยมักมีปัญหาด้านสุขภาพหลายๆ ด้านพร้อมกัน ผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดการติดบ้าน ติดเตียงของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ด้านโรงพยาบาลมุกดาหาร เน้นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองตัวชี้วัด การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ทั่วถึง เยี่ยมบ้านเฉพาะรายติดเตียง ติดบ้าน คิดปัญหา/เขียนโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเอง ด้านชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ร่วมกิจกรรม/โครงการตามที่โรงพยาบาลมุกดาหารจัดขึ้น ด้านภาคีเครือข่ายชุมชน ร่วมกิจกรรมตามโรงพยาบาลมุกดาหารจัดขึ้น ไม่มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมหาแนวทาง ดำเนินกิจกรรม/โครงการแก้ไขปัญหา และในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการสนับสนุนงบประมาณแต่ไม่เพียงพอในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

โดยการดำเนินการตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้ได้รับรู้ถึงปัจจัยความสำเร็จและปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ทำให้เกิดกระบวนการดำเนินงานทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) สังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรม ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน และ 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน จากการสรุปผลการถอดบทเรียนในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ด้านข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

**ผลการดำเนินงานตามกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร**

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุสูงสุดคือ 86 ปี และอายุต่ำสุดคือ 61 ปี ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 100 ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) ร้อยละ 20.00 ด้านรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 500 - 1,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 15.00 มีรายได้มากกว่า 1,001 -

1,500 บาท แหล่งที่มาของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.50 มีรายได้มาจากตัวเอง (เช่น การประกอบอาชีพ เงินบำนาญ ค่าตอบแทน เบี้ยยังชีพ) และรองลงมาคือมีรายได้มาจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 32.5 ด้านโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25 ผู้สูงอายุทุกคนมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 100 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 95 และการรับข่าวสารด้านสุขภาพมากที่สุด คือได้รับข่าวจากบุคคลต่าง ๆ (ผู้นำชุมชน ญาติ ฯลฯ) ร้อยละ 95 รองลงมาคือหอกระจายข่าวชุมชนร้อยละ 80

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุตอบถูกมากในแต่ละด้านมากที่สุด คือ ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ร้อยละ 100 คือ ผู้สูงอายุควรล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่ไม่อับชื้น รองลงมา คือด้านการป้องกันโรค ร้อยละ 98.75 คือผู้สูงอายุอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำนาน ๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผู้สูงอายุควรตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง และการดื่มสุรามีผลต่อเสียต่อสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละด้านที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุด คือ ด้านการดูแลสุขภาพจิต ร้อยละ 78.33 คือ ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและภาวะอาหาร เมื่อรู้สึกเครียดเป็นประจำควรทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน เพื่อผ่อนคลาย เช่นการปลูกต้นไม้ และเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจผู้สูงอายุ ควรคิดหาทางออกให้ได้ด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด

คือรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน ออกกำลังกาย ติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และเมื่อรู้สึก เครียด ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ คิดเป็น ร้อยละ 75.00 ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็น ประจำน้อยที่สุด คือควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ขว้างปาสิ่งของ ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม เอะอะโวยวาย คิดเป็นร้อยละ 0.0

ด้านเจตคติ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ ที่มากที่สุด คือ ท่านเชื่อว่าปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา พักผ่อนไม่เพียงพอ และท่านเห็นคุณค่าในการร่วม กิจกรรมทางสังคมที่ครอบครัว หรือชุมชนจัดให้ เช่น กิจกรรมวันสูงอายุ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.55 และ

ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติที่น้อยที่สุด คือ ท่าน เห็นความสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.90

การมีส่วนร่วมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยที่สุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไขการปฏิบัติงานในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.85 รองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไข ข้อบกพร่องในการทำงาน ท่านมีส่วนร่วม กับเทศบาลในการเข้าฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และร่วม กิจกรรมพัฒนาส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน

การมีส่วนร่วม	$\bar{x}$	SD	การมีส่วนร่วม
<b>ด้านการร่วมค้นหาปัญหาและตัดสินใจ</b>			
1. มีส่วนร่วมในการค้นหา สาเหตุของปัญหาและ แนวทางแก้ไข	3.55	1.05	มาก
<b>ด้านการร่วมค้นหาปัญหาและตัดสินใจ</b>			
2. มีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมอภิปรายเรื่องต่างๆ ในที่ประชุมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน	3.20	1.30	ปานกลาง
3. มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.20	1.36	ปานกลาง
<b>ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</b>			
4. มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ/แกนนำใน ชุมชน	3.65	1.18	มาก
<b>ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ต่อ)</b>			
5. มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน / โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน	3.70	1.26	มาก
6. มีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.70	1.34	มาก

การมีส่วนร่วม	$\bar{x}$	SD	การมีส่วนร่วม
<b>ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</b>			
7. ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงาน	3.8	1.15	มาก
8. ร่วมให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงินในการดำเนินงานในชุมชน	3.25	0.64	ปานกลาง
9. มีส่วนร่วมกับเทศบาลในการเข้ารับการฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.80	1.10	มาก
10. ร่วมกิจกรรมพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ/การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.80	1.10	มาก
<b>ด้านมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</b>			
11. ได้รับการพัฒนาความรู้ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.55	1.43	มาก
12. สามารถติดต่อ สื่อสารกับเทศบาลเมืองได้สะดวกขึ้น	3.70	1.17	มาก
<b>ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล</b>			
13. มีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของชุมชนตามเป้าหมายและบรรลุมิติวัตถุประสงค์	3.50	1.40	มาก
14. มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน	3.85	1.18	มาก
15. ช่วยประชาสัมพันธ์ผลการประเมินผลการทำงาน	3.65	1.18	มาก

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาโดยแบบบันทึกการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมกระบวนการดำเนินงานพัฒนา ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน อยู่ในระดับมาก และศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ย 4.62

### สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนขนาดใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า

โรงพยาบาลมุกดาหาร มีการจัดโครงการให้ความรู้ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแบบทั่วถึง และมีการติดตามการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับเยาวชนลักษณะ วงษ์ประจักษ์<sup>10</sup> พบว่าการเชื่อมโยง

ภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

ผู้สูงอายุ ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสม มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน ได้รับการเยี่ยมบ้านทั่วถึง และได้รับคู่มือบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของกานต์รวี กอบสุข<sup>11</sup> พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายด้วยกิจกรรมเหมาะสมกับวัยของตนเอง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่งผลดีต่อสุขภาพด้านร่างกาย

ภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการหาปัญหาการวางแผน ทำโครงการ เยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต. และ อปท. ให้งบประมาณดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน ส่งเสริมการดำเนินชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิลาวัลย์ รัตน<sup>12</sup> พบว่าการมีสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ มีการทำกิจกรรมร่วมกันมีผลด้านสัมพันธภาพทางสังคม สอดคล้องกับพรรณิ สนเทศ<sup>9</sup> ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวบ้านศรีดงเค็ง ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัญหาและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวสามารถใช้กระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ (AIC) ของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มหัวหน้าครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ได้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลด้านอาหาร การดูแลยามเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมนันทนาการ การอบรม การจัดทำมีวันรวมญาติ โดยกำหนดวันอาทิตย์ให้เป็นการรวมญาติซึ่งหัวหน้าครอบครัวนำไปปฏิบัติและผู้นำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านในการให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในแต่ละครัวเรือนรวมกลุ่มกันเพื่อจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 3 วัน ในช่วงเย็นวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ผู้สูงอายุที่อยู่

ตามลำพังหรือมีเฉพาะผู้สูงอายุขาดคนดูแลผู้นำชุมชนจะประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประธานกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กำหนดเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้สูงอายุมีความต้องการในอนาคต คือ การปฏิบัติในการดูแลจากลูกหลาน พาไปพบแพทย์ยามเจ็บป่วยและพาไปตรวจสุขภาพประจำปี

2. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนมีความสนใจและให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมตลอดโครงการ อยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสรินทร์ พันธุ์สินทวีสุข<sup>14</sup>สมคิด สันวิจิตร<sup>15</sup> ที่พบว่า การทำงานแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคลในทุกระดับ มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาเป็นการทำให้ผู้ที่มีเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมการพัฒนาก่อความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนทำให้เกิดการพัฒนา ส่งผลต่อกลุ่มบุคคลให้เกิดความยินยอมปฏิบัติตามและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และมีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับเพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ<sup>16</sup> พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการประชุมวางแผนเพื่อค้นหาปัญหาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถหาแนวทางแก้ไข ปัญหา การ ดู แล สุ ข ภ า พ ผู้ สู ง อ า ยู มี กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า กระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบด้วย

1. Nonstop health care คือ การที่ชุมชนไม่หยุดดูแลสุขภาพ คือ ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแลสุขภาพ ทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมตามแผนงาน มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. Action plan of community health care คือ การปฏิบัติตามแผนงานการดูแลสุขภาพของชุมชน ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

3. Participation of health network คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองมุกดาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัด โรงเรียน ให้ความร่วมมือร่วมใจในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การหาปัญหา การจัดทำแผน การดำเนินการตามแผน และการติดตามการดำเนินงาน

4. Observation and assessment คือ การสังเกตการณ์และการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร เพื่อพัฒนากิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนงาน/โครงการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง เพราะเป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชนส่งผลให้การดำเนินการสำเร็จต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ควรมีการประเมินผลปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความคงทนของการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทุก

ขั้นตอน เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร นายกเทศมนตรีเมืองมุกดาหาร เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลมุกดาหาร ภาคีเครือข่ายสุขภาพด้านต่างๆ ผู้ดูแลสูงอายุ และผู้สูงอายุที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมถึงการเข้ากระบวนการวิจัยจนสำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. หนุนแปลงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติสู่การปฏิบัติเผยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มต่อเนื่อง คาดอีก 20 ปีพุ่ง 17 ล้านคน. [ออนไลน์]. 2561. แหล่งที่มา: [http://www.msociety.go.th/news\\_detail.php?newsid=5627](http://www.msociety.go.th/news_detail.php?newsid=5627) [สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]
- นีลเส็น (ประเทศไทย). รายงาน New Age of Thais ชนะใจ ชนะที่จุดขาย กลยุทธ์ รับมือสังคมสูงวัย. [ออนไลน์]. 2559. แหล่งที่มา: [www.nielsen.com](http://www.nielsen.com) [สืบค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2561].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2559.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและนิเทศงานกรมอนามัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. [ออนไลน์]. 2561. แหล่งที่มา:

- [http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/Handbook\\_Eva\\_260161.pdf](http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/Handbook_Eva_260161.pdf) [สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2561].
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข; 2554.
  6. สำนักงานสถิติจังหวัดมุกดาหาร. [ออนไลน์]. 2561. แหล่งที่มา: <http://pobearz.blogspot.com/2011/08/blog-post.html> [สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2561].
  7. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร. งานส่งเสริมสุขภาพ. มุกดาหาร: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร; 2559.
  8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. งานส่งเสริมสุขภาพ 2557. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2557.
  9. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988
  10. เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
  11. กานต์รวี กอบสุข. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. (วิทยานิพนธ์) มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
  12. วิลาวรรณย์ รัตนา. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.
  13. พรณี สนเทศ. การดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวบ้านศรีดงเค็ง ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์) เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; 2550.
  14. สรลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข. การพัฒนาความสามารถดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
  15. สมคิด สันวิจิตร. (2548). การสร้างการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
  16. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปันดดา ปรียทฤฆ และญานิศา โชติกะคาม. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมชุมชนตำบลมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก 2555; 13(2): 5-90.

Received: 22 Apr 2019, Revised: 21 June 2019,

Accepted: 28 June 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน  
อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุงพงษ์ประยูร แก้วหมุ่น<sup>1\*</sup> ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ<sup>2</sup> สมเกียรติยศ วรเดช<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลป่าพะยอมอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548–2560 จำนวน 983 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 140 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 843 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศ (OR=2.27, 95%CI: 1.26 ถึง 4.11) อายุ 50-70 ปี (OR=6.85, 95%CI: 2.32 ถึง 20.18) อายุ 70 ปีขึ้นไป (OR=33.32, 95%CI: 11.15 ถึง 99.56) ระดับการศึกษา (OR=1.93, 95%CI: 1.12 ถึง 3.33) ภูมิลำเนา (OR=5.72, 95%CI: 3.44 ถึง 9.50) ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน (OR=6.40, 95%CI: 2.21 ถึง 18.54) โรคร่วม (OR=44.14, 95%CI: 9.99 ถึง 195.01) การดื่มแอลกอฮอล์ (OR=8.62, 95%CI: 3.28 ถึง 22.69) และขาดการออกกำลังกาย (OR=5.67, 95%CI: 2.96 ถึง 10.85) มีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญต่อภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังและสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการออกกำลังกายและงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันและยืดระยะเวลาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในอนาคตนอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการป่วยเกิน 15 ปี และมีโรคร่วม ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

**คำสำคัญ** โรคไตเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวาน

<sup>1</sup>นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

<sup>2</sup>สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุง

\*Corresponding author: pongpet\_kaew@outlook.com

*Original Article***Factors Associated with Complication of Chronic Kidney Disease among Diabetic Patients in Pa-Phayom District, Phatthalung Province**Pongprayoon Kaewmun<sup>1,\*</sup>, Bhunyabhadh Chaimay<sup>2</sup>, Somkiattiyos Woradet<sup>2</sup>**Abstract**

This case control study aimed to determine factors associated with complication of chronic kidney disease among diabetic patients. Population of the study was diabetic patients who were diagnosed as diabetic mellitus type 2 and registered in diabetic clinic, Pa-Phayom hospital, Pa-Phayom District, Phatthalung Province from 2005 to 2017. Of these, 983 diabetic patients were enrolled in the study. The 140 diabetic patients with complication of chronic kidney disease were cases and 843 diabetic patients without complication of chronic kidney disease were controls. Descriptive statistics were used to analyze. Multiple logistic regression was used to determine factors associated with complication of chronic kidney disease among diabetic patients. Results showed that sex (OR = 2.27, 95%CI: 1.26 to 4.11), aged 50 – 70 year (OR = 6.85, 95%CI: 2.32 to 20.18), aged more than 70 years (OR = 33.32, 95%CI: 11.15 to 99.56), education level (OR = 1.93, 95%CI: 1.12 to 3.33) resident area (OR = 5.72, 95%CI: 3.44 to 9.50), duration of diabetic illness (OR = 6.40, 95%CI: 2.21 to 18.54), comorbidity (OR = 44.14, 95%CI: 9.99 to 195.01), alcohol drinking (OR = 8.62, 95%CI: 3.28 to 22.69) and lack of exercise (OR = 5.67, 95%CI: 2.96 to 10.85) were statistically significant associated with complication of chronic kidney disease among diabetic patients. Results suggested that health professions should pay an importance of complication chronic kidney disease and establish awareness of health behavior modification among diabetic patients, in particular exercise and refrain from drinking alcohol in order to prevent and extend the duration of complication of chronic kidney disease. In addition, diabetic patients who had duration of diabetic illness more than 15 years and had comorbidity should be intensively cared in order to prevent complication of chronic kidney disease.

**Keywords:** Chronic kidney disease, complication, diabetic mellitus

<sup>1</sup>Student in Master of Science, Health Management System Program, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

<sup>2</sup>Department of Public Health, Faculty of Public Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

\*Corresponding author: pongpet\_kaew@outlook.com

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน<sup>1</sup> กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย โรคไตเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) ซึ่งทำให้การดำเนินของโรคสู่การเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) ส่งผลต่อการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังควรได้รับการบำบัดด้วยการฟอกไต (Dialysis) และการทดแทนไต (Transplant)<sup>2</sup> จากรายงานของสมาคมโรคไตนานาชาติคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 โรคไตเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกประมาณ 36 ล้านคนต่อปี การป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และส่งผลต่อการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 29 จากการศึกษาความชุกในต่างประเทศ<sup>3</sup> พบว่า ประเทศออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และได้หวันมีความชุกของโรคไตเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 16.0 11.0 และ 6.9 ตามลำดับ ในขณะที่ความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย<sup>4</sup> โดยการสำรวจในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 20.0 และจากการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังทุกระดับเท่ากับ ร้อยละ 17.5 โดยแบ่งออกเป็นระดับ 1-5 เท่ากับ ร้อยละ 3.35.6 7.51.1 และ 1.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคพบว่าความชุกของการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมากที่สุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้เท่ากับร้อยละ 23.90, 22.20, 20.40, 13.0 และ 13.0 ตามลำดับ

ในส่วนของจังหวัดพิจิตร<sup>5</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 9,009 คน โดยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 - 2561 (มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2561) เท่ากับ 2,344 3,467 และ 3,197 คน ตามลำดับและปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน 7,047 คน<sup>4</sup> โดยแบ่งเป็นระดับ 3 จำนวน 5,639 คน ระดับ 4 จำนวน 1,086 คน และระดับ 5 จำนวน 322 คน ตามลำดับสำหรับอำเภอป่าพะยอมมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 1,233 คน เป็นโรคไตเรื้อรังระดับ 3 และ 5 เท่ากับ 109, 25 และ 6 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ครอบครัวและชุมชนได้รับผลกระทบจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง<sup>6</sup> และรูปแบบการดูแลที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยาที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด<sup>5</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านโรค สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์<sup>4,7</sup> อัตราการตายและมูลค่าการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง<sup>8</sup> อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากชุดข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานด้านสุขภาพ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก โดยการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนา วางแผนการดูแล การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จากปัญหา

ดังกล่าวการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอป่าพะยอมจังหวัดพัทลุง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง (Case control study) ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัย (ICD10=E119) และขึ้นทะเบียนในการรักษา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ณ โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 1,233 คน เกณฑ์คัดเข้าคือ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเวลาต่อมาโดยจำแนกด้วยค่า estimated glomerular filtration rate เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะติดตามผลการรักษา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561 และเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 กลุ่มผู้ป่วย (Cases) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังใน ระดับ 3-5 จำนวน 140 คน (ICD10=N18.3-N18.5) โดยพิจารณาจากค่าการกรองของไต<sup>1</sup> ที่น้อยกว่า 60 ml/min/1.7 m<sup>2</sup> และกลุ่มควบคุม (Controls) คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 843 คน (หรือมีระดับไตที่ระดับ 1-2) มีค่าการกรองของไตมากกว่า 60 ml/min/1.7m<sup>2</sup> มีระดับความดันโลหิตที่ปกติ มีปริมาณของไข่ขาวในปัสสาวะ <30 มก.ต่อวัน และมีอัตราการกรองของไตปกติหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-50

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากชุดข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานด้านสุขภาพ (Version 2.0, 1 ตุลาคม 2557) กระทรวงสาธารณสุข ส่งออก

แฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรมระบบงานบริการ (Hospital information system: HIS) โรงพยาบาลป่าพะยอม แฟ้มข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาดังนี้ 1) แฟ้ม Person ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร เช่น เพศอายุ การศึกษา 2) แฟ้ม Chronic ข้อมูลโรคเรื้อรัง 3) แฟ้ม Diagnosis OPD/IPD ข้อมูลการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก/ใน 4) แฟ้ม Labfu ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5) แฟ้ม NCD Screen ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 6) แฟ้ม Death ข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิต 7) แฟ้ม Specialpp ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมป้องกันโรค เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร โดยใช้สถิติพรรณนาตัวแปรตามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ การป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง เป็นตัวแปรประเภทแจกแจงนับ (Category outcome) กำหนดเป็น 1 ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง และกำหนดเป็น 0 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) และพิจารณาปัจจัยเข้าสมการโดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีค่า P-value ของ Wald test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 และนำตัวแปรวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) นำตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี Backward elimination และตัวแปรใดที่มีค่า p-value มากกว่า 0.05 ให้นำออกจากสมการ นำเสนอโดยใช้ค่า Odds Ratio (OR) และค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95%CI)

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาการวิจัยในคน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ (เลขที่ ศธ.64.18/2373 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2561)

### ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (71.40%) มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (60.70%) มีอายุเฉลี่ย 72.95 ปี (SD=10.33) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (77.90%) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (100%) ประมาณ 1 ใน 2 มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาล (49.30%) และมีน้ำหนักเกิน (57.90%) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (94.30%) สำหรับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานพบว่าประมาณ 2 ใน 3 มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 8 ปี (65.70%) ผู้ป่วย

โรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (98.57%) ประมาณ 1 ใน 5 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (14.30%) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประมาณ 2 ใน 3 (12.90%) และออกกำลังกาย (10.70%)

ในส่วนของกลุ่มควบคุมพบว่าประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (63.50%) มีอายุเฉลี่ย 58.02 ปี (SD=12.74) ประมาณ 1 ใน 2 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (57.40%) และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (99.20%) ประมาณ 4 ใน 5 มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาล (82.80) น้ำหนักเกิน (69.20%) สถานภาพสมรส (91.90%) ประมาณ 2 ใน 3 ป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 8 ปี (76.90%) มีโรคร่วม (64.40%) และประมาณ 1 ใน 5 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (9.80%) และมีเพียงเล็กน้อยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (3.40%) และประมาณ 1 ใน 3 ไม่ออกกำลังกาย (40.45%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะ/ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (N=983)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วย (N = 140)		กลุ่มควบคุม (N = 843)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	40	28.57	308	36.54
หญิง	100	71.43	535	63.46
<b>อายุ (ปี)</b>				
<50 ปี	4	2.86	251	29.77
50-70 ปี	51	36.43	449	53.26
>70 ปี	85	60.71	143	16.97
Mean±SD (Min : Max)	72.95±10.33 (47:99)		58.02±12.74 (31:86)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	109	77.86	484	57.41
มัธยมศึกษา	31	22.14	359	42.59

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วย (N = 140)		กลุ่มควบคุม (N = 843)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพการสมรส</b>				
โสด	3	2.14	25	2.97
สมรส	132	94.29	775	91.93
หม้าย/หย่า/แยก	5	3.57	43	5.10
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	140	100	836	99.17
อิสลาม	0	0	7	0.83
<b>ภูมิลำเนา</b>				
ในเขตเทศบาล	69	49.29	698	82.80
นอกเขตเทศบาล	71	50.71	145	17.20
<b>ดัชนีมวลกาย (Kg/m<sup>2</sup>)</b>				
< 18.5	7	5.00	3	0.36
18.5-22.9	52	37.14	256	30.37
23.0-24.90	24	17.14	217	25.74
25.0-29.90	47	33.57	323	38.32
>30	10	7.15	44	5.22
<b>ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (ปี)</b>				
<8 ปี	92	65.71	648	76.87
8-15 ปี	31	22.14	182	21.59
> 15 ปี	17	12.15	13	1.54
<b>โรคร่วม</b>				
ไม่มีโรคร่วม	2	1.43	300	35.59
มีโรคร่วม	138	98.57	543	64.41
<b>ความดันโลหิตสูง</b>				
ไม่มี	94	67.14	692	82.09
มี	46	32.86	151	17.91
<b>เก๊าท์</b>				
ไม่มี	139	99.29	843	100
มี	1	0.71	0	0.00
<b>ไขมันในเลือดสูง</b>				
ไม่มี	136	97.14	713	84.58
มี	4	2.86	130	15.42

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วย (N = 140)		กลุ่มควบคุม (N = 843)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การสูบบุหรี่</b>				
ไม่สูบบุหรี่	120	85.71	760	90.15
สูบบุหรี่	20	14.29	83	9.85
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>				
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	122	87.14	814	96.56
ดื่มแอลกอฮอล์	18	12.86	29	3.11
<b>การออกกำลังกาย</b>				
ออกกำลังกาย	125	89.29	502	59.55
ไม่ออกกำลังกาย	15	10.71	341	40.45

จากการวิเคราะห์หตุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวานโรคร่วมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิงมีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 2.27 เท่าของเพศชาย ( $OR_{Adj}=2.27$ , 95%CI: 1.26 ถึง 4.11) สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 50-70 ปี มีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 6.85 เท่า ( $OR_{Adj}=6.85$ , 95%CI: 2.32 ถึง 20.18) และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป มีโอกาสการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 33.32 เท่า ( $OR_{Adj}=33.32$ , 95%CI: 11.15 ถึง 99.56) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี

ส่วนปัจจัยระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 1.99 เท่า ( $OR_{Adj}=1.99$ , 95%CI:

1.12 ถึง 3.33) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสำหรับปัจจัยการอาศัยในเขตภูมิถิ่นพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมากกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเป็น 5.72 เท่า ( $OR_{Adj}=5.72$ , 95%CI: 3.44 ถึง 9.50) ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 15 ปี มีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 6.40 เท่า ( $OR_{Adj}=6.40$ , 95%CI: 2.21 ถึง 18.54) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม พบว่ามีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 44.14 เท่า ( $OR_{Adj}=44.14$ , 95%CI: 9.99 ถึง 195.01) สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 8.62 เท่า ( $OR_{Adj}=8.62$ , 95%CI: 3.28 ถึง 22.69) และผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายจะมีโอกาสป่วยด้วยเป็นโรคไตเรื้อรังเร็วกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็น 5.67 เท่า ( $OR_{Adj}=5.67$ , 95%CI: 2.96 ถึง 10.85) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลป่าพะยอมจังหวัดพัทลุง (N=983)

ปัจจัย	ภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง				OR crude (95% CI)	OR adjusted (95% CI)	P- value
	Case (N=140)		Control (843)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>							0.006
ชาย	40	28.57	308	36.53	Ref.	Ref.	
หญิง	100	74.43	535	63.47	1.44 (0.97 ถึง 2.13)	2.27 (1.26 ถึง 4.11)	
<b>อายุ (ปี)</b>							<0.001
<50 ปี	4	2.85	251	29.77	Ref.	Ref.	
50-70 ปี	51	36.42	449	53.26	7.12 (2.54 ถึง 19.95)	6.85 (2.32 ถึง 20.18)	
>70 ปี	85	60.73	143	16.97	37.40 (13.40 ถึง 103.80)	33.32 (11.15 ถึง 99.56)	
<b>ระดับการศึกษา</b>							0.018
มัธยมศึกษา	31	22.14	359	42.58	Ref.	Ref.	
ประถมศึกษา	109	77.86	484	57.41	2.60 (1.71 ถึง 3.97)	1.93 (1.12 ถึง 3.33)	
<b>เขตภูมิลำเนา</b>							<0.001
ในเขตเทศบาล	69	49.28	698	82.79	Ref.	Ref.	
นอกเขตเทศบาล	71	50.72	145	17.21	4.95 (3.39 ถึง 7.21)	5.72 (3.44 ถึง 9.50)	
<b>ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (ปี)</b>							0.002
< 8 ปี	92	65.71	648	76.86	Ref.	Ref.	
> 15 ปี	17	34.29	13	23.14	9.21 (4.33 ถึง 19.58)	6.40 (2.21 ถึง 18.54)	
<b>โรคร่วม</b>							<0.001
ไม่มีโรคร่วม	2	1.42	300	35.58	Ref.	Ref.	
มีโรคร่วม	138	98.58	543	64.42	38.12 (9.37 ถึง 155.05)	44.14 (9.99 ถึง 195.01)	
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>							<0.001
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	18	12.85	29	3.44	Ref.	Ref.	
ดื่มแอลกอฮอล์	122	87.15	814	96.56	4.14 (2.23 ถึง 7.68)	8.62 (3.28 ถึง 22.69)	
<b>การออกกำลังกาย</b>							<0.001
ออกกำลังกาย	125	89.28	502	59.54	Ref.	Ref.	
ไม่ออกกำลังกาย	15	10.72	341	40.46	1.17 (0.10 ถึง 0.30)	5.67 (2.96 ถึง 10.85)	

หมายเหตุ OR (Odds Ratio) หมายถึง ค่าอัตราส่วนปัจจัยเสี่ยง, 95%CI (95% Confidence Interval) หมายถึง ค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

โดยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิสำเนา ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานโรคร่วมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังโดยเพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 2.27 เท่าของเพศชาย ( $OR_{Adj} = 2.27$ , 95%CI: 1.26 ถึง 4.11) ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีปัญหาการสูญเสียความสมดุลของแร่ธาตุแคลเซียมและฟอสเฟต (Calcium/phosphate balance) และภาวะโลหิตจาง (Anemia) ได้ง่ายกว่าเพศชาย ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณสาระ และคณะ<sup>9</sup> ที่ทำการศึกษานิต Retrospective study ในกลุ่ม ผู้ป่วยนอกที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นต่อโรคไตเรื้อรังเป็น 1.37 เท่าของเพศชาย ( $OR = 1.37$ , 95%CI: 1.25 ถึง 1.49 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Shankar1 et al.<sup>10</sup> ที่ทำการศึกษานิต Cross-sectional study ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน พบว่าเพศชายมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 1.27 เท่าของเพศหญิง ( $OR = 1.27$ , 95%CI: 1.01 ถึง 1.58)

ส่วนปัจจัยด้านอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 50 – 70 ปี มีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 6.85 เท่า ( $OR_{Adj} = 6.85$ , 95%CI: 2.32 ถึง 20.18) และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 33.32 เท่า ( $OR_{Adj} = 33.32$ , 95%CI: 11.15 ถึง 99.56) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

50 ปี เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการทำงานของไตลดลงร่วมกับปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไตก็ลดลงด้วยเช่นเดียวกัน และไตยังมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานของไต โดยบุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีประสิทธิภาพการทำงานของไตจะมีประสิทธิภาพเพียงร้อยละ 50<sup>11</sup> การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Stein I. et al.<sup>12</sup> ที่ทำการศึกษานิต Meta-analysis study ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย พบว่าการเกิดโรคไตเรื้อรังในแต่ละช่วงอายุแตกต่างกันโดยที่อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีโอกาสเป็นโรคไตเพิ่มขึ้นและการศึกษาของ Shankar1 et al.<sup>10</sup> พบว่าเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นโอกาสเป็นโรคไตเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 1.93 เท่า ( $OR_{Adj} = 1.93$ , 95%CI: 1.12 ถึง 3.33) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีพื้นฐานของการรับรู้ต่อความอยู่ดีมีสุขที่ดีกว่า<sup>13</sup> การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Melanie K. et al.<sup>14</sup> ที่ทำการศึกษานิต Prospective study ในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่าคนที่มีการศึกษาที่แตกต่างกันมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังที่แตกต่างกัน ( $p < 0.001$ ) และการศึกษาของ Shankar1 et al.<sup>10</sup> พบว่า คนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 0.89 เท่าของกลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่า High school ( $OR = 0.89$ , 95%CI: 0.66 ถึง 1.20) ส่วนปัจจัยการอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลพบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 5.72 เท่าของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ( $OR_{Adj} = 5.72$ , 95%CI: 3.44 ถึง 9.50) เนื่องจากสภาพของชนบทอาจจะมีความลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยากกว่าและมีความเป็นอยู่ค่อนข้างลำบาก การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา Perkovic V. et al.<sup>3</sup> ที่

ทำการศึกษานิต Cross-sectional study ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าประชากรในเขตชนบทมีความชุกของโรคไตเรื้อรังมากกว่าเขตเมือง

ปัจจัยด้านระยะเวลา พบว่าระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 15 ปี มีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 5.53 เท่า ( $OR_{Adj}=5.53$ , 95%CI: 1.88 ถึง 16.29) เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี จะมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของน้ำตาลกลูโคสในร่างกายนำไปสู่พยาธิสภาพในหลอดเลือดขนาดเล็กมีการแข็งตัว (Glomerulosclerosis) ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการกรองของเสียลดลงไปด้วย ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของบัญชีสถิติระพจน์<sup>15</sup>

ปัจจัยการมีโรคร่วม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง มีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 44.14 เท่า ( $OR_{Adj}=44.14$ , 95%CI: 9.99 ถึง 195.01) เนื่องจากการป่วยด้วยโรคร่วมได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไต และรบกวนระบบการทำงานของ Renin angiotensin aldosterone system (RAAS)<sup>15</sup> นอกจากนี้โรคไขมันในหลอดเลือดสูงจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของ Mesangial และ Epithelial cell ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงโดยร้อยละ 60 จะมีการเพิ่มขึ้นของไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และ แอลดีแอล (Low density lipoprotein; LDL)<sup>16</sup> การศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee H.K.et al.<sup>17</sup> ที่ทำการศึกษานิต Cross-sectional study ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในเขตสุขภาพการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)

ต่อเอชดีแอล (High density lipoprotein; HDL) ในหญิงพบว่ามีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรัง ( $p<0.001$ ) ขณะที่การศึกษาของ Chan, CM.<sup>18</sup> ทำการทบทวนวรรณกรรมตามแนวทางของ K/QDOQI (Kidney disease outcome quality initiative) พบว่าภาวะไขมันในเลือดสูง ชนิดแอลดีแอล (Low Density Lipoprotein; LDL) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เอชดีแอล (High density lipoprotein; HDL) และ คอเลสเตอรอล (Cholesterol) ไม่มีผลต่อการเกิดอาการของโรคไตเรื้อรัง

สำหรับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 8.62 เท่า ( $OR_{Adj}=8.62$ , 95%CI: 3.28 ถึง 22.69) เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดเพิ่มขึ้นในกระแสเลือดและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์พร้อมยาเมตฟอร์ม (Metformin) เป็นยารักษาโรคเบาหวาน จะเพิ่มภาวะเลือดเป็นกรด (Lactic acidosis) มากขึ้น และส่งผลต่อไตโดยตรง<sup>19</sup> การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarah L.et al.<sup>20</sup> ที่ทำการศึกษานิต Cross-sectional study ในกลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไปพบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระดับปานกลางถึงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กรัมต่อวัน) ส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณอัลบูมิน เนื่องจากการออกกำลังกายจะเพิ่มการไหลเวียนเลือดและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง<sup>22</sup> ( $SHR_{Adj}=0.67$ , 95%CI: 0.53 ถึง 0.84) การศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Stengel B.et al.<sup>21</sup> ที่ทำการศึกษานิต Cohort study ในกลุ่มอายุ 30-74 ปีพบว่าบุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังประมาณ 2.2 เท่า ( $RR=2.2$ , 95% CI: 1.3 ถึง 3.8) เปรียบเทียบกับคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ

จากผลการศึกษาดังกล่าวบุคคลากรทางสาธารณสุขควรสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในคลินิกโรคเรื้อรัง ควรส่งเสริมการออกกำลังกาย การงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง

### เอกสารอ้างอิง

1. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease : a position statement from Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International* 2005; 67:2089-100.
2. จุฑามาศ เทียนสะอาด, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, นพวรรณ พินิจจรเดช. การรับรู้ภาวะจากอาการภาวะค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม. *คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล* 2017; 23:60-77.
3. Perkovic V, Cass A, Patel AA, Suriyawongpaisal P, Barzi F, Chadban S, et al. High prevalence of chronic kidney disease in Thailand. *Kidney International* 2008;73:473-79.
4. Ingsathit A, Chaiprasert A, Thakkinstian A and Sangthawan, P. Prevalence and Risk Factors of Chronic Kidney Disease in the Thai Adult Population : Thai SEEK Study. *Nephrol Dial Transplant*. 2010; 25: 1567 - 1575.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. ระบบโปรแกรม HDC Service.พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2561], เข้าถึงได้จาก <http://www.ptho.moph.go.th>
- 6.สังคม ศุภรัตน์กุล. การเลือกแบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยของครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสาน. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ* 2018; 11:12-22.
7. Ong - Ajyooth L, Vareesangthip K, Khonputs P. Aekplakorn W. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Thai Adult : a National Health Survey. *BMC Nephrology* 2009; 10: 1 - 6.
8. ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และกมลรัตน์ บัญญัติ นพรัตน์. อัตราตายและมูลค่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในด้วยโรคไตเรื้อรังใน 3 กองทุนหลัก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2559; 32: 1 - 9.
9. กมลวรรณ สาระ, สมชาย สุริยะไกร และจุไรรัตน์ ทูมนันท์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 ในโรงพยาบาลตระการพิพิธ จังหวัดอุบลราชธานี. *มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2559
10. Shankar A, Klein R, and Klein BE. The Association Among Smoking, Heavy Drinking, and Chronic Kidney Disease,. *American Journal of Epidemiology* 2006; 164 : 263 - 271.
11. มณีรัตน์ จีระปภา. การชะลอไตเทียมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา* 2557; 20: 5 - 16.

12. Stein I, Hallan, Kunihiro M, Yingying S, Bakhtawar K, Mahmoodi, Corri B. et al. Age and Association of Kidney measure with mortality and Eng-Stage Renal Disease. American Medical Association 2012; 38: 2349-60
13. นิตยา สุภาภรณ์. การรับรู้ของประชาชนต่อความอยู่ดี มีสุขในชุมชนบางไผ่. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์
14. Haroun MK, Jaar BG, Hoffman SC, Comstock GW, Klag MJ, Coresh J. Risk factors for chronic kidney disease: a prospective study of 23,534 men and women in Washington County, Maryland. J Am Soc Nephrol 2003; 14: 2934-41.
15. บัญชา สติระพจน์. อาการอายุรศาสตร์. เวชสารแพทย์ทหารบก. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2554
16. ปวีณา สุสันธิติพาษ์. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการฟอกเลือดแบบออนไลน์ฮีโมไดอะลิซิสระดับขั้น โดยการใช้สารน้ำทดแทนแบบเติมกึ่งกลางระหว่างตัวกรองและหลังตัวกรอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
17. Lee HK., Shim KW., Lee HS., Lee SW., Chun H., Byan AR., et al. Relationship of the Triglyceride to High Density Lipoprotein Cholesterol Ratio with the Prevalence of Chronic Kidney Disease in Korean Adults: The Fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey. Korea Journal Family Practice 2016; 6: 191 – 98.
18. Chan, CM. Hyperlipidaemia in Chronic Kidney Disease. Ann Acad Med Singapore 2005; 34: 31 – 5.
19. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ พุทธศักราช 2556. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2561] เข้าถึงได้จาก [http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id\\_L1=27&id\\_L2=15672&id\\_L3=1097](http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id_L1=27&id_L2=15672&id_L3=1097)
20. White SL, Polkinghorne KR, Cass A, Shaw JE, Atkin RC, Chadban SJ. Alcohol consumption and 5-year onset of chronic kidney disease : the AusDiab study. Nephrol Dial Transplant 2009; 24: 2464-72.
21. Stengel B, Tarver-Carr ME, Powe NR, Eberhardt MS, Brancati FL. Lifestyle factors, obesity and the risk of chronic kidney disease. Epidemiology 2003; 14: 479 – 87.
22. Chen IR, Wang SM, Liang CC, Kuo HL, Chang CT, Liu JH, et al. Association of Walking with Survival and RRT Among Patient with CKD Stage 3-5. Clin J Am Soc Nephrol 2014; 9: 1183-89.

Received: 23 May 2019, Revised: 6 June 2019,

Accepted: 20 July 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง

จันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส<sup>1,\*</sup>

## บทคัดย่อ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560 -2564 มีเป้าหมายลดการเสียชีวิต เน้นส่งเสริมวิจัยและพัฒนานวัตกรรม การป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค เพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรค การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 13 แห่ง จังหวัดลำปาง ข้อมูลจากโปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรค (TB-Clinic management :TBCM) ระหว่างปี 2555- 2559 สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างการรักษา ใช้สถิติทดสอบ chi-square test และใช้ Multivariable Logistic Regression ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 2,360 ราย เพศชาย ร้อยละ 74.3, อายุ  $\leq$  60 ปี ร้อยละ 60.1, ผลเสมหะพบเชื่อน้อย (<2+) ร้อยละ 53.5, ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 8.9, มีโรคร่วม ร้อยละ 23.3, มีชีวิต ร้อยละ 84.1 และเสียชีวิต ร้อยละ 15.9 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (AOR=3.02, 95% CI: 2.33-3.90), การติดเชื้อเอชไอวี (AOR=1.19, 95% CI: 1.15-1.24), โรคถุงลมโป่งพอง (AOR=2.61, 95% CI: 1.42-4.81), โรคไต (AOR=2.95, 95% CI: 1.54-5.66) และโรคมะเร็ง (AOR=4.01, 95% CI: 1.39-11.55) จากการศึกษาครั้งนี้ ควรตระหนักและให้ความสำคัญการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีโรคร่วม เพื่อลดอัตราเสียชีวิตระหว่างการรักษา ส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มสูงขึ้น

**คำสำคัญ** วัณโรค เสียชีวิต ปัจจัยเสี่ยง

<sup>1</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

\*Corresponding author: injurylp@hotmail.com

*Original Article***Risk Factors associated with Death among New Patients with  
Pulmonary Tuberculosis in Lampang Province**Chanchanok Kittichantharophat<sup>1,\*</sup>**Abstract**

Tuberculosis (TB) is a public health problem in Thailand. Thailand Operational Plan to End TB 2017-2021 has goal to reduce the mortality rate and incidence rate by focusing on promoting research and innovation on TB prevention. This study aimed to determine the factors associated death in new pulmonary TB cases. It was a retrospective study consisted of new pulmonary TB cases who registered at 13 TB clinic of public health hospitals in Lampang. The data from TB-Clinic management (TBCM) which was the electronic for TB recording from 2012 to 2015. The analysis of characteristics and factors in pulmonary tuberculosis patients used Chi-square test and Multivariable Logistic Regression with 95% confidence interval. In total 2,360 cases, male 74.3 %, age  $\leq$  60 years 60.1 %, AFB smear Low (<2+) 53.5 %, co- HIV infection 8.9 %, co-morbidity disease 23.3 %, survived 84.1 % and death 15.9%. The risk factors associated with death were age > 60 years (AOR=3.02, 95% CI: 2.33-3.90), HIV positive (AOR=1.19, 95% CI: 1.15-1.24), COPD (AOR=2.61, 95% CI: 1.42-4.81), renal disease (AOR=2.95, 95% CI: 1.54-5.66) and cancer (AOR=4.01, 95% CI: 1.39-11.55). This study suggest that health care provider should concern and have special care for elderly patients, HIV positive and comorbidity. These can reduce mortality and increase success rate of TB treatment.

**Keywords:** Tuberculosis, Death, Risk factor<sup>1</sup>Public Health Technical, Communicable Disease Control Section, Lampang Provincial health Office

\*Corresponding author: injurylp@hotmail.com

## บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทย เป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอชไอวี วัณโรคคือยาหลายขนาน และคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 รายต่อปี ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยเสียชีวิต 12,000 ราย สหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกโดยการรับรองของประเทศสมาชิก ได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ในกรอบสหประชาชาติ และยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยมีเป้าหมายลดอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ 2573 และปีงบประมาณ 2578 ตามลำดับ ซึ่งตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อยุติวัณโรค ได้แก่ การเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 โดยการลดอัตราการเสียชีวิต ไม่เกินร้อยละ 5<sup>1</sup>

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดลำปาง อัตราความสำเร็จของการรักษา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555–2559 เท่ากับร้อยละ 79.81, 80.19, 83.27, 79.85 และ 79.81 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด สาเหตุที่ทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายนั้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิต และพบอัตราการเสียชีวิต สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ไม่เกินร้อยละ 5) ในปีงบประมาณ 2555–2559 อัตราเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 17.28, 15.02, 11.63, 13.78 และ 14.66 ตามลำดับ<sup>2</sup>

การศึกษาการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษาวัณโรคพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ลักษณะของผู้ป่วย เพศ พบว่าเพศ

ชายป่วยและเสียชีวิตด้วยวัณโรคสูงกว่าเพศหญิง<sup>3-5</sup> อายุ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุมาก มีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุน้อยกว่า<sup>6-10</sup> ลักษณะของโรค เช่น ผลเสมหะขณะขึ้นทะเบียน พบว่ากลุ่มที่มีเสมหะพบเชื้อมากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มพบเชื่อน้อย<sup>7,8,11</sup> การติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุดที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษา<sup>7,9,12</sup> และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิตสูงเป็น 5.40 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี<sup>6</sup> และการมีโรคร่วม ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม เสียชีวิตเป็น 2.3 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม<sup>12</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ส่งผลต่ออัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ที่กำหนดเป็นตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คือ อัตราความสำเร็จของการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในจังหวัดลำปาง เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนกำหนดแนวทางการดำเนินงานในการลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดลำปาง อันจะส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคบรรลุเป้าหมาย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษา Analytic reserch แบบ Retrospective study ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2559 จากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน 13 แห่งของจังหวัดลำปาง จำนวน 2,360 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีข้อมูลการรักษาตั้งแต่เริ่มรักษาจนสิ้นสุดการรักษา

## นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอดและไม่เคยรักษามาก่อน หรือผู้ป่วยที่เคยได้ยาต้านวัณโรคมาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษามาก่อน

**เสียชีวิต** หมายถึง ผู้ป่วยที่ตายด้วยสาเหตุใดก็ตามระหว่างการรักษาวัณโรค (ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา)

## การเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรค (TB-Clinic Management : TBCM) โดยแบ่งข้อมูลเป็น 4 ส่วนคือ 1) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ และ อายุ 2) ลักษณะของโรค ได้แก่ ผลเสมหะขณะขึ้นทะเบียน 3) การติดเชื้อเอชไอวี 4) การมีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไต โรคตับ และโรคมะเร็ง

## วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลในโปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรค (TB - Clinic Management: TBCM) นำมาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง ตามนิยามนำมาลงรหัส แล้วนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตวิเคราะห์ที่ละปัจจัยโดยใช้สถิติทดสอบ chi-square test ( $p < 0.05$ ) และวิเคราะห์หลายปัจจัย โดยใช้

สถิติ Multivariable logistic regression ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 (Confidence Interval: CI)

## ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 2,360 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.3 และมีอายุ 15- 60 ปี ร้อยละ 60.1 ผลเสมหะขณะขึ้นทะเบียนรักษา Low (<2+) ร้อยละ 53.5 และติดเชื้อ HIV ร้อยละ 8.9 ผู้ป่วยมีโรคร่วม ร้อยละ 23.3 โดยโรคร่วมที่พบ ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.8 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.8 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 4.8 โรคไต ร้อยละ 2.4 โรคตับ ร้อยละ 0.4 โรคมะเร็ง ร้อยละ 0.8 และสถานะสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษา มีชีวิต ร้อยละ 84.1 ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ละปัจจัย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การติดเชื้อเอชไอวี การมีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรัง และโรคมะเร็ง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคหลายปัจจัยพร้อมกัน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (AOR=3.02, 95% CI: 2.33-3.90), การติดเชื้อเอชไอวี (AOR=1.19, 95% CI: 1.15-1.24), โรคถุงลมโป่งพอง (AOR=2.61, 95% CI: 1.42-4.81), โรคไต (AOR=2.95, 95% CI: 1.54-5.66), และโรคมะเร็ง (AOR=4.01, 95% CI : 1.39-11.55) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (N=2,360)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	1,753	74.3
หญิง	607	25.7
<b>อายุ</b>		
15-60 ปี	1,418	60.1
มากกว่า 60 ปี	942	39.9
<b>ผลสัมหะขณะขึ้นทะเบียนรักษา</b>		
Low (<2+)	1,262	53.5
High (≥2+)	1,098	46.5
<b>การติดเชื้อ HIV</b>		
ไม่มี	1,962	83.1
มี	210	8.9
ไม่ทราบ	188	8.0
<b>โรคร่วม</b>		
ไม่มี	1,810	76.7
มี	550	23.3
<b>โรคเบาหวาน</b>		
ไม่มี	2,081	88.2
มี	279	11.8
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>		
ไม่มี	2,128	90.2
มี	232	9.8
<b>โรคถุงลมโป่งพองร่วม</b>		
ไม่มี	2,247	95.2
มี	113	4.8
<b>โรคไต</b>		
ไม่มี	2,303	97.6
มี	57	2.4
<b>โรคตับ</b>		
ไม่มี	2,351	99.6
มี	9	0.4
<b>โรคมะเร็ง</b>		
ไม่มี	2,340	99.2
มี	20	0.8
<b>สถานะสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษา</b>		
มีชีวิตรอด	1,985	84.1
เสียชีวิต	375	15.9

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง ปี 2555-2559

ลักษณะผู้ป่วย	Survived 1,985 (84.1)	Death 375 (15.5)	p-value
<b>เพศ</b>			
ชาย	1475 (84.1)	278 (15.9)	0.994
หญิง	510 (84.0)	97 (16.0)	
<b>อายุ</b>			
15-60 ปี	1299 (91.6)	119 (8.4)	<0.001*
มากกว่า 60 ปี	686 (72.8)	256 (27.2)	
<b>ผลเสมหะขณะขึ้นทะเบียนรักษา</b>			
Low (<2+)	1067 (84.55)	195 (15.45)	0.532
High (≥2+)	918 (83.61)	180 (16.39)	
<b>การติดเชื้อ HIV</b>			
ไม่มี	1821 (84.70)	329 (15.30)	<0.001*
มี	164 (78.10)	46 (21.90)	
<b>โรคร่วม</b>			
ไม่มี	1566 (84.70)	244 (15.30)	<0.001*
มี	419 (78.10)	131 (21.90)	
<b>โรคเบาหวาน</b>			
ไม่มี	1746 (83.90)	335 (16.10)	0.450
มี	239 (85.66)	40 (14.34)	
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>			
ไม่มี	1806 (84.87)	322 (15.13)	0.002*
มี	179 (77.16)	53 (22.84)	
<b>โรคถุงลมโป่งพอง</b>			
ไม่มี	1922 (85.54)	325 (14.46)	<0.001*
มี	63 (55.75)	50 (44.25)	
<b>โรคไต</b>			
ไม่มี	1953 (84.80)	350 (15.2)	<0.001*
มี	32 (56.14)	25 (43.86)	
<b>โรคตับ</b>			
ไม่มี	1977 (84.09)	374 (15.91)	0.694
มี	8 (88.89)	1 (11.11)	
<b>โรคมะเร็ง</b>			
ไม่มี	1976 (84.44)	364 (15.56)	<0.001*
มี	9 (45.00)	11 (55.55)	

\*นัยสำคัญทางสถิติ,  $p < 0.05$

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multivariable Logistic Regression Analysis)

ลักษณะ	AOR	p-value	95% CI
อายุ 60 ปีขึ้นไป	3.02	<0.001*	2.333-9.00
การติดเชื้อ HIV	1.19	<0.001*	1.15-1.24
โรคร่วม	1.11	0.742	0.61-2.01
โรคความดันโลหิตสูง	1.04	0.867	0.64-1.71
โรคถุงลมโป่งพอง	2.61	0.002*	1.42-4.81
โรคไต	2.95	0.001*	1.54-5.66
โรคมะเร็ง	4.01	0.010*	1.39-11.55

\*นัยสำคัญทางสถิติ,  $p < 0.05$

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในระหว่างการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากมีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า<sup>6-10</sup> อาจเป็นเพราะผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มนี้ มักมีปัจจัยต่าง ๆ นอกเหนือจากการป่วยด้วยวัณโรค ที่ทำให้เสียชีวิตได้ เช่น การมีโรคร่วม ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง การเสื่อมสภาพตามวัย และปัญหาการเข้าถึงการรักษาเมื่อเจ็บป่วยจึงมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสโรคหนึ่งที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างการรักษา พบว่าการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุดที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษา<sup>12,7,9</sup> และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิตสูงเป็น 5.40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วย

วัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี แต่การศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เขตภาคเหนือตอนบน ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 11 เสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มไม่ทราบผล ร้อยละ 14.4 และ 23.9 ตามลำดับ<sup>4</sup> อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานะติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรค<sup>13</sup>

การมีโรคร่วม การศึกษาครั้งนี้พบว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต เมื่อวิเคราะห์แยกโรค พบว่า โรคถุงลมโป่งพอง โรคไต และโรคมะเร็ง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ โรคไต<sup>14-16</sup> โรคมะเร็ง<sup>7,14-15</sup> และโรคถุงลมโป่งพอง<sup>7</sup> โดยเมื่อพิจารณารายโรค เช่น โรคถุงลมโป่งพอง พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย ซึ่งทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ชัดเจน ทำให้การเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า ส่วนโรคไต วัณโรคพบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายที่ต้องฟอกไตระยะยาวหรือได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยมีปัจจัยที่สำคัญคือสภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง

มักจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าและส่งผลเพิ่มอัตราการเสียชีวิต<sup>17</sup> และโรคมะเร็ง จะพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมักจะมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงมีโอกาสดูดเชื้อวัณโรคได้สูง ประกอบกับ กลุ่มมะเร็งปอด มักจะอยู่ในระยะ Advance stage จึงทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูง

### สรุปการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี การติดเชื้อเอชไอวี และการมีโรคร่วม ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคไต และโรคมะเร็ง ดังนั้น ผู้บริหารและผู้ให้บริการควร

กำหนดมาตรการการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินพยาธิสภาพผู้ป่วยก่อนการรักษา และให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะกลุ่มสูงอายุ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีโรคร่วม เพื่อลดอัตราการตายระหว่างการรักษา

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่สนับสนุนให้เกิดการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดลำปาง ผู้บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรค

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2560 (หน้า III)
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. การประเมินผลงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2561.กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง; 2561.
3. สำราญ ธรรมสาร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ โรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
4. พัฒนา โพธิ์แก้ว, อภิญญา เชื้อสุวรรณ, วรรัตน์ อิ่มสงวน, นภาพรรณ สุภรณาส, สุดาณี บุรณเบ็ญจเสถียร, วิรัช กลิ่นบัวแย้ม และคณะ. การศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

รายใหม่ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ.

2556; 34(2): 51-62.

5. Yong-Soo Kwon, Yee Hyung Kim, Jae-Uk Song, Kyeongman Jeon, Junwhi Song, Yon Ju Ryu, et al. Risk Factors for Death during Pulmonary Tuberculosis Treatment in Korea: A Multicenter Retrospective Cohort Study. Journal of Korean Medical Science, 2014, 29 (9): 1226-31.
6. พันธุ์ชัย รัตนสุบรรณ, วิเชียร ตระกูลกลกิจ, สากล คมขำ, เสริมสุข รัตนสุวรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ภายใต้รูปแบบการดำเนินงาน Non-Family DOT ของโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2550-2558.วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ. 2561; 37(2): 35-41.

7. เจริญศรี แซ่ตั้ง. ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ปี 2005-2014. วารสารควบคุมโรค. 2560; 43(4): 436-447.
8. ราเมศ คนสมศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดผสมหะพบเชื้อโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2560; 9(1): 19-27.
9. Siriluck Anunnatsiri, Ploenchan Chetchotisakd, Christine Wanke. Factors Associated with Treatment Outcomes in Pulmonary Tuberculosis in Northeastern Thailand. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2005, 36(2): 324-330.
10. Muhammad Atif, Zainab Anwar, Razia Kaneez Fatima, Iram Malik, Saima Asghar, Shane Scahill. Analysis of tuberculosis treatment outcomes among pulmonary tuberculosis patients in Bahawalpur Pakistan. BMC Reserch Notes. 2018, 11: 1-6.
11. Roya Alavi-Naini, Ali Moghtaderi, Maliheh Metanat, Mehidi Mohammadi, Mahnaz Zabetian. Factors associated with mortality in tuberculosis patients. Journal of Research in Medical Sciences.2013, 18(1): 52-55.
12. วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์. สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2559, 23(1): 22-34.
13. Gustavo E. Velásquez, J. Peter Cegielski, Megan B. Murray, Martin J. A. Yagui, Luis L. Asencios, Jaime N. Bayona, et al. Impact of HIV on mortality among patients treated for tuberculosis in Lima, Peru: a prospective cohort study. BMC Infectious Disease.2016; 16:45.
14. จิตติพร มากเมือง, เบญจวรรณ ตาแก้ว, รุ่งอุษา นาคคงคา, ฤทัยรัตน์ แสงนา, วีรพันธ์ การบรรจง, กนกกรส โค้วจริยพันธ์ุ, และคณะ. ปัจจัยเกี่ยวเนื่องอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร. 2559; 8(1): 53-59.
15. Chou-Han Lin, Chou-Jui Lin, You-Win Kuo, Jann-Yuan Wang, Chia-Lin Hsu, Jong-Min Chen, et al. Tuberculosis mortality: patient characteristics and causes. BMC Infectious Disease.2014; 14:5.
16. อัจฉรา รอดเกิด. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2562; 33(1): 91-102.
17. วรางคณา กิรติชนานนท์, สุรียา กิรติชนานนท์. แนวทางการดูแลรักษาวัณโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ธรรมชาติศาสตร์เวชสาร. 2559; 16(1): 101-112.

Received: 10 Apr 2019, Revised: 23 May 2019,

Accepted: 13 June 2019

**นิพนธ์ต้นฉบับ**

**ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม: กรณีศึกษาตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง**

ธนวัฒน์ สมบูรณ์<sup>1,\*</sup> อนุกุล มะโนทน<sup>2</sup> สมคิด จุฬว้า<sup>2</sup> ประจวบ แหลมหลัก<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังของผู้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ ในตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง จำนวน 41 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ซึ่งคุณสมบัติการเข้าร่วมเป็นประชากรจะต้องเป็นผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรังทางระบบหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.01$  หลังใช้โปรแกรมทดลอง 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 68.29) ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ข้อเสนอแนะควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกสูบบุหรี่ ได้อย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ** โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่

<sup>1</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

\*Corresponding author:

*Original Article***Effects of The Modifying Smoking Cessation Behavior Program by Applying Self-Efficacy and Social Support Theory: A Case Study in Ban Rong Sub-District, Ngao District, Lampang Province**

Tanawat Somboon, Anukool Manoton, Somkid Juwa, Prachaub LamLak

**Abstract**

The quasi-experimental research aimed to investigate the effect of modifying smoking cessation behavior program by comparing the score of ability in oneself to stop smoking. An expectation was a result from stopping smoking, receiving social support and individual behavior by stopping smoking both before and after of the participants in the modifying smoking cessation behavior program. A sample was selected from forty-one smokers in Ban Rong Sub-district, Ngao District, Lampang Province. Selecting the sample by simple sampling. The instruments used were questionnaires, personal, smoking behavior information and the modifying smoking cessation behavior program applied the self-efficacy and social support theory by organizing the activity 10 times in 12 weeks, consisting of receptive activity of the ability to stop smoking, the expectation of the result from stopping smoking and receiving social support. A software package was used for data analysis to assess the amount, percentage, standard deviation and t-test result of the program. The findings were as follows: the experiment using the modifying smoking cessation behavior program it was found that the score of reception of one's ability in stopping smoking was higher. The expectation in the result from stopping smoking and receiving social support and behavior in stopping smoking of the participants, including the modifying smoking cessation behavior program could be higher than before the experiment which was statistically significant at less than 0.01. The experimental group cessation smoking 28 people (68.29%) after 10 weeks, which came from self-efficacy and social support. The suggestion ought to apply community participation for creating an environment to sustainable smoking cessation.

**Keywords:** Modifying a Smoking Behavior Program, Cigarette Smoking<sup>1</sup>School of Medicine, University of Phayao

\*Corresponding author:

## บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าบุหรีเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2551 บุหรีคร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคน ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคฉี่หนู โรคเอดส์ และไข้มาลาเรีย รวมกัน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 หากยังไม่มีการควบคุมใดๆ จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมด 8 ล้านคนต่อปี อีกทั้งบุหรีเป็นสินค้าชนิดเดียวที่ถูกกฎหมาย แต่เป็นอันตรายต่อทุกคนทั้งที่เป็นผู้สูบบุหรี และผู้ไม่สูบบุหรีแต่ได้รับควันบุหรี<sup>1</sup>

จากรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบ 10.7 ล้านคน (19.1 %) โดยในภาพรวมอัตราการสูบบุหรีมีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 19 - 24 ปี เมื่อพิจารณาการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 26 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2534 - 2560) พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่า เพศหญิง คือ ร้อยละ 33.72 และร้อยละ 64 นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่า ผู้อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรีสูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกรอบการสำรวจ และอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงของนอกเขตเทศบาลก็สูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย คือ ร้อยละ 35.86 และ 34.85 ตามลำดับ ในพ.ศ. 2554 และ 2557 อัตราการสูบบุหรีสูงขึ้นทุกภาค ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในปี พ.ศ. 2560 ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรีที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เหนือ กลาง และกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2547- 2554 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูบบุหรีของและบุหรีมวนเองเกือบอย่างละ 50 % แต่ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูบบุหรีของสูง

กว่าผู้สูบบุหรีมวนเองอย่างชัดเจน นั่นคือ 56 % และ 49.3 % และจากการสอบถามสมาชิกในครัวเรือนที่สูบบุหรี พบว่า มีร้อยละ 32.7 ที่เคยมีการสูบบุหรีในตัวเอง<sup>2</sup>

จากรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 จังหวัดลำปางพบว่าอัตราการสูบบุหรีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรีร้อยละ 17.08 โดยมีอัตราการการได้รับควันบุหรีมือสองในบ้านอย่างน้อยเดือนละครั้งมากถึงร้อยละ 34.58 พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสบป้อน ตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 3,076 คน และประชากร 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,649 คน เพศชาย จำนวน 1,303 คน เพศหญิง จำนวน 1,346 คน ประชากรมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรีจำนวน 538 คน ร้อยละ 20.22 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดระยะ 5 ปี โดยพบว่าอัตราผู้สูบบุหรีเพิ่มขึ้น จากปี 2556 ถึงปี 2560 ร้อยละ 13.06, 14.32, 15.07, 15.89, 20.22 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2560 พบว่าอัตราการสูบบุหรีของประชาชนตำบลบ้านร้อง (ร้อยละ 20.22) สูงกว่าอัตราการสูบบุหรีของประชากรไทย (ร้อยละ 19.1) และสูงกว่าอัตราการสูบบุหรีของจังหวัดลำปาง (ร้อยละ 17.08) ในกลุ่มผู้สูบบุหรีของประชาชนตำบลบ้านร้องยังพบว่าป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 36 คน (1,352.87 ต่อแสนประชากร) พฤติกรรมของคนสูบบุหรีสามารถสูบบุหรีได้ทุกสถานที่ที่ไม่มีพื้นที่กำหนดเฉพาะ จึงมีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้มีผู้สูบบุหรีรายใหม่เพิ่มขึ้น และผู้ที่สูบบุหรีอยู่ก่อนแล้วมีโอกาสสูบบุหรีติดต่อกันหลายมวนด้วยความเคยชิน และประเด็นสำคัญคือทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับพิษควันบุหรี ซึ่งมีภาวะเสี่ยงทำให้เกิดโรคไม่แตกต่างจากคนสูบบุหรีหรืออาจจะมากกว่าคนสูบบุหรี<sup>3</sup>

แนวทางหนึ่งของการลดอัตราการสูบบุหรีคือ การช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรีเลิกสูบโดย

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาโคตินทดแทนและการป้องกันไม่ให้มีนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้น ในปัจจุบันพบว่าผู้สูบบุหรี่จำนวนไม่น้อยที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองแต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เนื่องจากการติดสารเสพติดและขาดแรงจูงใจโดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีไม่เพียงพอ จากทบทวนแนวคิดทฤษฎี พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ จากการศึกษาของ วิชัย<sup>4</sup> ที่ศึกษาการสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดบุหรี่ที่ขาดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มีการใช้โทรศัพท์ 6 ครั้งต่อ 1 กลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความยั่งยืนในการเลิกบุหรี่ ติดตามอาการที่เกิดจากการขาดนิโคติน ให้คำแนะนำช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจเพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า หลังทดลองและระยะติดตามผล 30 วัน คะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง ลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอมะนัง อ่างทอง จังหวัดอ่างทอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ ปรัชพร<sup>5</sup> พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ ภายหลังจากทดลอง และในระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลอง ศิริธัญญา<sup>6</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย พบว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

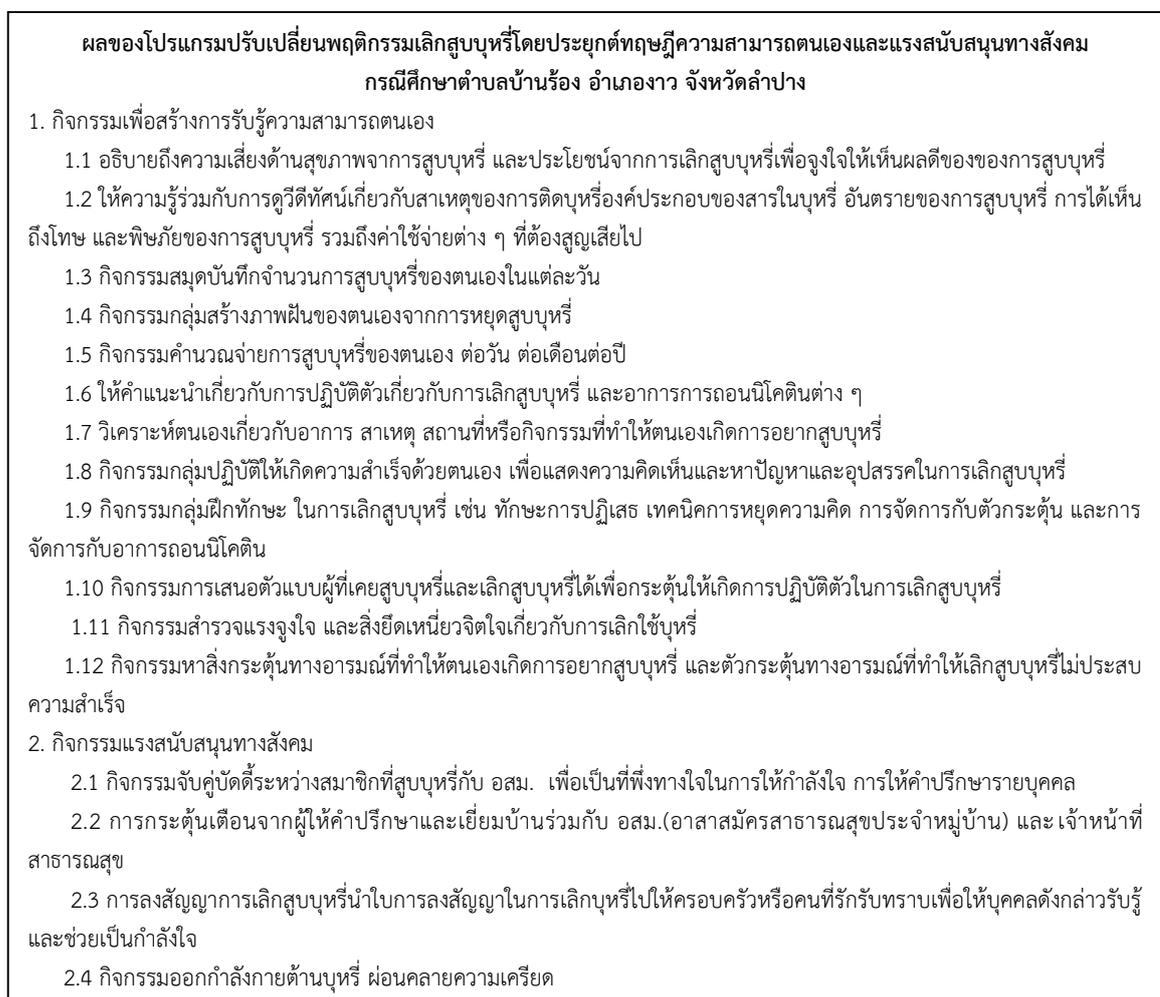
และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง การศึกษาผลของการออกกำลังกายต่ออาการอยากบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ของ Scerbo<sup>7</sup> พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายโดยการวิ่งมีระดับความอยากบุหรีลดลงและยาวนานกว่าการออกกำลังกายโดยการเดิน และยังพบว่าระดับคอติซอลในน้ำลายลดลงในกลุ่มที่ออกกำลังกายโดยการวิ่งเท่านั้น และในปี พ.ศ.2557 สุนทรเจียรวิทยาภิจ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ 2 ปัจจัย คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และการคำนึงถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ปัจจัยทั้งสองร่วมกันอธิบายโอกาสเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 68 ดังนั้นทฤษฎีความสามารถตนเองจึงมีความสำคัญในการนำมาใช้เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้ผู้สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร นอกจากทฤษฎีความสามารถตนเองแล้ว ยังพบว่า การได้รับได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบข้างจากครอบครัว ชุมชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชน สร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่ได้ ให้ความรู้สร้างมาตรการทางสังคม กระตุ้นสร้างกำลังใจ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตื่นตัวและเกิดความตระหนักถึงปัญหาการสูบบุหรี่มากขึ้น

จากสภาพปัญหาจะเห็นได้ว่า สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลบ้านร้อง มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประเทศไทยและจังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นปัญหาต่อครอบครัวและผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับพิษควันบุหรี่ และจากทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้นั้นจะต้องอาศัยความตั้งใจในตัวเองและการได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อใช้

กำหนดกิจกรรมหรือวิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม: กรณีศึกษาตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เลิกสูบบุหรี่ ตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะพัฒนาให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ หรือประชาชนทั่วไปที่สมัครใจพร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ อันจะส่งผลดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนของประเทศในอนาคต

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



#### หลังการทดลอง

- การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
- ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่
- แรงสนับสนุนทางสังคม
- พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบงานวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design)

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันในเขตพื้นที่ตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง จำนวน 538 คน

**ขนาดตัวอย่าง** คือ ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันในเขตพื้นที่ตำบลบ้านร้อง อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 41 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ที่สูบบุหรี่และมีความสมัครใจเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง 3) สามารถพูดคุย และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยมีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และยินยอมรับคำปรึกษา การนัดหมาย เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และติดตามการเยี่ยมบ้าน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมในการเลิก

สูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ และกิจกรรมการสร้างความคิดหวังในผลลัพธ์

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 2 ฝึกปฏิบัติวิธีการคลายเครียด ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ซ้ำ พูดคุย ค้นหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และร่วมกับผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่หาแนวทางแก้ไข โดยเน้นการเสริมกำลังใจ และกิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการพูดชักจูง

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยร่วมกับผู้สูบบุหรี่วางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสม บอกขั้นตอนการเลิก ปัญหาที่อาจพบ อาการ และวิธีปฏิบัติ แนะนำการปฏิบัติตัวขณะเลิกบุหรี่ ทำสัญญาการเลิกบุหรี่ การตรวจสมรรถภาพปอด และกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการปฏิบัติให้เกิดความสำเร็จด้วยตนเอง

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 4 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการเรียนรู้จากตัวแบบ เพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 5 กิจกรรมให้กำลังใจ

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 6 กิจกรรมออกกำลังกายด้านบุหรี่

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 7 กิจกรรมผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 8 กิจกรรมให้กำลังใจเยี่ยมบ้านโดย อสม.(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 9 กิจกรรมให้กำลังใจเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กิจกรรม สุขศึกษา ครั้งที่ 10 กิจกรรมให้กำลังใจเยี่ยมบ้านโดยบุคคลในครอบครัว อสม.(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ใบงานที่มีเนื้อหา และภาพประกอบที่สอดคล้องกับแผนการสอนโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่

3. คอมพิวเตอร์พกพาและภาพสไลด์ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ครั้งแรก ระยะเวลาการสูบบุหรี่ และเหตุผลสำคัญที่ทำให้เริ่มต้นสูบบุหรี่ โดยลักษณะการตอบจะเติมข้อความ และการเลือกตอบคำถาม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ มีจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12 - 60 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวก มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12 - 60 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือคนที่ท่านรัก อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในแต่ละกิจกรรม 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 3 อันดับ แบบ Likert's Scale คะแนนรวมมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12-45 คะแนน

และส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 3 อันดับ คือ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยทำเลย (1 คะแนน) จำนวน 14 ข้อ คะแนนรวมมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 14-42 คะแนน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เก็บข้อมูล สำหรับการ Try out กับประชากร จำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 2/077/61 โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561-มกราคม 2562

1. ผู้วิจัยขออนุมัติหนังสือ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อส่งไปขออนุญาตพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูล Try out เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัย จะลงพื้นที่ที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ทำการศึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง ประชาสัมพันธ์ คัดเลือกอาสาสมัครเพื่อทำการเก็บข้อมูล สำหรับการ Try out จำนวน 30 ราย จากนั้นทำการเก็บข้อมูล และ ประมวลผล ปรับแก้เครื่องมือ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่

2. ผู้วิจัยขออนุมัติหนังสือ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อส่งไปขอ

อนุญาตพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูล ก่อนลงพื้นที่เก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ โดยส่งไปที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อ่างทอง จังหวัดลำปาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน ตำบลบ้านร้อง อำเภออ่าว จังหวัดลำปาง

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากพื้นที่ให้เข้าลงเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนัดประชุมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน ตำบลบ้านร้อง อำเภออ่าว จังหวัดลำปาง เพื่อจัดทำกำหนดการวันและเวลา รวมถึงการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เป็นต้น โดยกระบวนการเก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่ในพื้นที่จะเป็นผู้นำ ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล และช่วยประชาสัมพันธ์รับสมัครอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง

4. ดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 เก็บข้อมูลแบบสอบถาม โดย 1 อาสาสมัครใช้เวลา 20 - 30 นาที ดำเนินการตั้งแต่เวลา 09.00 - 16.00 น. ใช้เวลาจำนวน 1 สัปดาห์

5. ลงพื้นที่ ดำเนินการศึกษา โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์แรกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มทดลอง

5.2 ดำเนินกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1-10

5.3 การเก็บข้อมูลหลังการทดลองเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มทดลอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (percent) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) อธิบายข้อมูลทางลักษณะประชากรทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ Paired t-test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน อายุเฉลี่ย 42.05 (SD=10.04) ส่วนมากอยู่ในช่วง 55-59 ปี ร้อยละ 19.51 ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 82.90 เกือบครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนกว่าครึ่งอยู่ในช่วง 7,001-9,000 บาท ร้อยละ 56.10 โรคประจำตัวมากที่สุดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.60 ประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 85.40 จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวันมากที่สุดอยู่ในช่วง 16-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 26.80 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 87.80 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่โรงงาน ร้อยละ 75.60 กว่าครึ่งสูบบุหรี่ยี่ห้อ SMS ร้อยละ 56.10 เหตุผลสำคัญที่ทำให้สูบบุหรี่ครั้งแรกกว่าครึ่งเพราะอยากลอง ร้อยละ 58.50 เกือบครึ่งเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในช่วงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 46.30 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันมากที่สุดอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ

31.70 ส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 95.10 กว่าครึ่งเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 58.50 ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลิกสูบบุหรี่ครั้งล่าสุดคือค่อยๆลดจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน ร้อยละ 70.70 ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า ร้อยละ 68.30

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ การได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (n = 41) พบว่า ภายหลังจากทดลอง คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.001

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 41)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	SD	df	t	P - value
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่</b>					
ก่อนการทดลอง	36.95	4.18	40	-11.93	<0.001
หลังการทดลอง	48.88	5.19	40		
<b>ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่</b>					
ก่อนการทดลอง	44.59	5.18	40	-5.90	<0.001
หลังการทดลอง	51.34	4.68	40		
<b>การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม</b>					
ก่อนการทดลอง	24.32	2.37	40	-21.22	<0.001
หลังการทดลอง	40.61	4.91	40		
<b>พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่</b>					
ก่อนการทดลอง	18.88	2.53	40	-30.38	<0.001
หลังการทดลอง	36.05	2.89	40		

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้น

ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงจำนวนมวนการสูบบุหรี่ที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ปรัชพร<sup>5</sup> ที่ศึกษา

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ ภายหลังจากทดลอง และในระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษา นิยม<sup>9</sup> ศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สถานีตำรวจภูธรเมืองชัยภูมิ พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และสอดคล้องกับ พิมพนิภา<sup>9</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมปิ่นทองด้าย จังหวัดนครปฐม พบว่าภายหลังจากทดลอง 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการงดสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมในการงดสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน การรับรู้ความสามารถตนเองในการงดสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ )

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยประยุกต์

### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ; 2559.

ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ และจำนวนวนในการสูบบุหรี่ลงรวมถึงสามารถงดสูบบุหรี่ได้ ซึ่งมาจากการสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว คนรัก ญาติ เพื่อน ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการให้คำปรึกษาของผู้วิจัย แต่การงดสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยระยะเวลา และแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่สามารถงดสูบบุหรี่ได้สำเร็จต่อไป

ข้อเสนอแนะ ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกสูบบุหรี่ อันจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร. สมชาย จาดศรี, ผศ.ดร. รุ่ง วงศ์วัฒน์ และดร. สุทธิชัย ศิรินวน ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสบป้อน อำเภองาว จังหวัดลำปาง ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และอาสาสมัครทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนทำให้งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

2. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.). รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ; 2561 .

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน. รายงานสรุปผลงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. ลำปาง: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน; 2561.
4. วิชัย นิยมรัตน์ และกนกศรี จาดเงิน. ผลการใช้กิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดบางเกลือ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์. 2555; 29-39.4.
5. ปรัชพร กลีบประทุม, ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559; 30-43.
6. ศิริธัญญา ชมขุนทด, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2557; 91-103.
7. Scerbo F, Faulkner G, Taylor A and Thomas S. Effects of exercise on cravings to smoke: the role of exercise intensity and cortisol. J Sports Sci. 2010; 11-19.
8. วิชัย นิยมรัตน์ และกนกศรี จาดเงิน. ผลการใช้กิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดบางเกลือ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์. 2555; 29-39.4.
9. พิมพ์นิภา ดิศรินทร์ไตรภาดา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมปิ่นทองด้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2553.

Received: 16 May 2019, Revised: 14 June 2019,

Accepted: 28 June 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ ในอุตสาหกรรมผลิตยางแท่งแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง

เกศกนก จรเด่น<sup>1</sup> โสมศิริ เดชรัตน์<sup>2</sup> ธนวรรณ บัวเจริญ<sup>2\*</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในการผลิตยางและผลิตภัณฑ์ของยาง โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 133 คน จากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีค่า IOC มีค่าระหว่าง 0.67 – 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมกราคม ถึง พฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสัญชาติเมียนมาร์ ร้อยละ 85 เพศชายร้อยละ 75.90 มีอายุระหว่าง 20 – 29 ร้อยละ 43.60 ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 40.60 ไม่สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ร้อยละ 72.20 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75.20 ตีแม่แอลกอฮอล์ร้อยละ 70.70 ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยร้อยละ 83.50 มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 88.72 มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 63.15 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.20 ดังนั้น ควรมีการสื่อสารความปลอดภัยและการสร้างแรงจูงใจให้แรงงานมีความเข้าใจและปฏิบัติงานตามกฎระเบียบด้านความปลอดภัยได้อย่างถูกต้อง

**คำสำคัญ** ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมความปลอดภัย แรงงานข้ามชาติ อุตสาหกรรมการผลิตยางแท่ง

<sup>1</sup>นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

<sup>2</sup>สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุง

\*Corresponding author: than\_thanawan@hotmail.com

*Original Article***Knowledge, Attitude and Behavior of Safety Working Condition among Migrant Workers in Blocked Rubber Industry, Trang Province**Ketkanok Jornden<sup>1</sup>, Somsiri Decharat<sup>2</sup>, Thanawan Buacharoen<sup>2,\*</sup>**Abstract**

The objectives of this survey research were to study safety knowledge, attitude and behavior level of migrant workers who have task in blocked rubber industry. One hundred and thirty three migrant workers were include and asked by questionnaire during January – May in 2018. The Index of Item - Objective Congruence (IOC) were 0.67 – 1.00. The statistic used for data analysis were percentage, mean and standard deviations. The finding show that most of them were Myanmar 85.00% and male 75.90 %. They have an age between 21 – 29 years old at 43.60%. The percentage who did not graduated were 40.60 % and 72.20 % could not communicate in Thai language. 75.20% were married and 70.70% regularly drank. Almost were attend a safety workshop (83.50%). The safety Knowledge, attitude and behavior level of Migrant Workers were an average level (88.72%, 63.15%, and 78.20%, respectively). Therefore, the company should be communicate and encourage about occupational health and safety for these migrant workers.

**Keywords:** Knowledge, Attitude, Safety Behavior, Migrant Workers, Blocked Rubber Industry

<sup>1</sup>Student in Bachelor of Science, Industrial Hygiene and Safety, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

<sup>2</sup>Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

\*Corresponding author: than\_thanawan@hotmail.com

## บทนำ

ยางแท่ง ส่วนใหญ่จะถูกนำไปเป็นวัตถุดิบในการผลิตยานพาหนะ ทั้งนี้เพราะยางแท่งมีคุณภาพและมาตรฐานที่ดีกว่าอย่างแผ่นรมควัน จึงทำให้ได้ผลผลิตที่ดีกว่า สามารถนำไปแปรรูปได้ง่ายกว่า และเคลื่อนย้ายได้โดยสะดวก<sup>1</sup> สำหรับกระบวนการผลิตยางแท่ง สามารถจำแนกออกเป็น 2 รูปแบบหลักโดยจำแนกตามชนิดของวัตถุดิบของยางพาราที่ใช้ในการผลิต ซึ่งได้แก่ วัตถุดิบที่ผลิตจากน้ำยางสดและจากยางแท่ง (ยางแผ่นดิบและขี้ยาง) กรณีผลิตจากน้ำยางสดจะทำให้ได้ยางแท่งที่มีคุณภาพดี ยางแท่งจะถูกแบ่งเป็น 5 ระดับ ขึ้นกับคุณภาพของวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต สำหรับประเทศไทย ส่วนใหญ่ใช้ยางดิบเป็นวัตถุดิบหลักในการผลิตยางแท่ง สำหรับขั้นตอนการผลิตยางแท่งเริ่มจากการตัดยางดิบให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ จากนั้นนำไปล้างแล้วนำไปอบแห้ง และอัดเป็นแท่งที่สี่เหลี่ยมให้ได้ขนาดตามที่มาตรฐานได้กำหนดไว้<sup>2</sup> การผลิตยางแท่งถือเป็นส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมเกี่ยวกับยางและผลิตภัณฑ์ยางพารา ซึ่งอุตสาหกรรมดังกล่าวเป็นแหล่งเศรษฐกิจสำคัญของภาคใต้โดยเฉพาะจังหวัดตรัง ดังจะเห็นได้จากปริมาณการลงทุนในอุตสาหกรรมยางมีการลงทุนมากที่สุดเป็นอันดับที่หนึ่งของจังหวัดตรัง อย่างไม่กี่ปี จำนวนโรงงานยางลดลงจากจำนวน 102 แห่งในปี 2557 เป็น 94 แห่งในปี 2561 แต่มีจำนวนเงินลงทุนและจำนวนคนงานเพิ่มขึ้นจาก 2,833.235 ล้านบาทและจำนวนคนงาน 4,265 คนในปี 2557 เป็น เงินลงทุนจำนวน 5,173.37 ล้านบาทและมีคนงานจำนวน 6,177 คนในปี 2561 ตามลำดับ<sup>3,4</sup>

จากรายงานสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของแรงงานข้ามชาติ (เมียนมาร์ กัมพูชา และลาว ปี 2559) โดยสำนักงานกองทุนเงินทดแทนพบว่า นายจ้างที่มีลูกจ้างเป็นแรงงาน ข้ามชาติ มีจำนวน 22,126 ราย โดยมีแรงงานสัญชาติเมียนมาร์มากที่สุด

(จำนวน 16,400 ราย) รองลงมา คือกัมพูชา จำนวน 3,006 ราย และลาว จำนวน 2,720 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาลูกจ้างที่เป็นแรงงานข้ามชาติพบว่าในปีดังกล่าว มีลูกจ้างแรงงานข้ามชาติจำนวน 400,890 ราย ประกอบด้วยแรงงานสัญชาติเมียนมาร์ จำนวน 307,183 ราย กัมพูชา จำนวน 79,993 ราย และลาว จำนวน 13,714 ราย ตามลำดับดังนั้นในปีดังกล่าวมีแรงงานต่างด้าวจำนวนทั้งสิ้น 400,890 คน และในปีดังกล่าวสำนักงานกองทุนเงินทดแทนได้วินิจฉัยเรื่องการประสบอันตรายของแรงงานข้ามชาติทั้งหมด 7,569 รายในจำนวนนี้ เป็นแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาร์ร้อยละ 77.19 รองลงมาเป็นกัมพูชา ร้อยละ 20.93 และลาวร้อยละ 1.88 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจำแนกตามความรุนแรงพบว่า แรงงานข้ามชาติประสบอันตรายแล้วหยุดงานไม่เกิน 3 วันคิดเป็นร้อยละ 68.81 และมีแรงงานข้ามชาติเสียชีวิตร้อยละ 0.38<sup>5</sup>

สาเหตุที่ทำให้แรงงานข้ามชาติประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในปี 2559 มากที่สุดได้แก่ การที่โดนวัตถุหรือสิ่งของตัดหรือบาด หรือ ทิ่มแทง จำนวน 2,143 ราย (ร้อยละ 28.31 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) รองลงมา คือการที่แรงงานโดนวัตถุหรือสิ่งของฟ้งทลายหรือหล่นทับจำนวน 1,456 ราย (ร้อยละ 19.24 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) และเกิดจากการที่โดนวัตถุหรือสิ่งของหรือสารเคมีกระเด็นเข้าตาจำนวน 1,056 ราย (ร้อยละ 13.95 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานที่เกิดกับแรงงานต่างด้าวมีทั้งหมด 108 ราย ในปี 2559 พบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานหรือสาเหตุจากลักษณะงานที่จำเพาะหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมการทำงาน

จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 87.96 ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานประสบอันตรายทั้งหมด) รองลงมาคือโรคผิวหนัง ที่เกิดจากสาเหตุทางกายภาพ ทางเคมี หรือทางชีวภาพอื่น ๆ ซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 7.41 ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานประสบอันตรายทั้งหมด) อวัยวะของลูกจ้างที่ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ นิ้วมือหรือนิ้วหัวแม่มือ จำนวน 2,576 ราย (ร้อยละ 34.03 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) รองลงมาคือ ดวงตา จำนวน 1,211 ราย (ร้อยละ 16 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) และมือจำนวน 596 ราย (ร้อยละ 7.87 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) ตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้แรงงานข้ามชาติประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องจากการทำงานสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ สาเหตุจากวัตถุหรือสิ่งของจำนวน 3,631 ราย (ร้อยละ 47.97 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) รองลงมาเกิดจากเครื่องมือ 1,260 ราย (ร้อยละ 16.65 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) และเครื่องจักร จำนวน 1,158 ราย (ร้อยละ 15.30 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผลกระทบของการประสบอันตรายจะพบว่าผลกระทบส่วนใหญ่ทำให้ลูกจ้างที่เป็นแรงงานข้ามชาติ มีบาดแผลอื่น ๆ (บาดแผลลึก) จำนวนถึง 3,706 ราย (ร้อยละ 48.96 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) รองลงมา คือการมีข้อต่อเคล็ด และการอักเสบตึงตัวของกล้ามเนื้อ จำนวน 992 ราย (ร้อยละ 13.11 ของจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด) ตามลำดับ แรงงานข้ามชาติที่มีช่วงอายุ 25 - 29 ปี เป็นกลุ่มที่ประสบอันตรายมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี และ 30 - 34 ปี ตามลำดับ<sup>5</sup> การประสบอุบัติเหตุของแรงงานข้ามชาติมักเกิดขึ้นในสถานประกอบการขนาดมากกว่า

1,000 คนขึ้นไป รองลงมา เป็นสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง ประมาณ 201 - 500 คน (ร้อยละ 15.33) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาประเภทกิจการที่ลูกจ้างประสบอันตรายมากที่สุด พบว่า ในปี 2559 กิจการผลิตยางและผลิตภัณฑ์จากยางเป็นประเภทกิจการที่ลูกจ้างประสบอันตรายสูงเป็นอันดับที่ 5<sup>5</sup>

นอกจากนี้ ในปี 2559 จังหวัดตรังมีโรงงานที่ผลิตน้ำยางข้น, ยางแท่ง, ยางสกีมเครฟและยางสกีมบล็อก จำนวน 13 โรงงาน โดยมีเงินลงทุนจำนวน 1,149 ล้านบาท มีคนงาน จำนวน 2,232 คน และมีกำลังการผลิต 548,070 ตัน/ปี<sup>6</sup> ขณะที่จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในพื้นที่จังหวัดตรังในปี 2559 ข้อมูล ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 13,089 คน<sup>7</sup> และในปีเดียวกัน พบว่า จังหวัดตรัง มีแรงงานข้ามชาติที่ประสบอันตรายและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำนวน 47 ราย ในจำนวนนี้ต้องหยุดงานไม่เกิน 3 วัน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 59.57) และหยุดงานเกิน 3 วันจำนวน 19 คน (ร้อยละ 40.43)<sup>5</sup>

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้พบว่าการศึกษเกี่ยวกับระดับความรู้ และระดับเจตคติด้านความปลอดภัยในการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในอุตสาหกรรมการผลิตยางและผลิตภัณฑ์ของยางยังขาดแคลน ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ระดับความรู้ ระดับเจตคติและระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้เพื่อทราบแนวความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการจัดการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการได้อย่างเหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติได้ในลำดับต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในการผลิตยางและผลิตภัณฑ์ของยางแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ พนักงานกลุ่มแรงงานข้ามชาติของบริษัทผลิตยางแท่ง STR จำนวน 202 คน โดยแบ่งเป็นแรงงานสัญชาติเมียนมาร์ 172 คน และสัญชาติกัมพูชา 30 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการคำนวณขนาด

ตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) อ้างใน มารยาท โยทองยศและปราณี สวัสดิ์สรรพ<sup>๑</sup> กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% และสามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ดังสมการที่ (1)

$$n = \frac{x^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)} \quad (1)$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัว

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

 $x^2$  = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ( $x^2 = 3.841$ )

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

$$\text{แทนค่า n} = \frac{(3.841)(202)(0.5)(1-0.5)}{0.05^2(202-1) + (3.841)(0.5)(1-0.5)}$$

$$n = 132.61 \approx 133 \text{ ตัวอย่าง}$$

ผลจากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพนักงานกลุ่มแรงงานข้ามชาติของโรงงานผลิตยางแท่งจำนวน 133 คน จากนั้น ผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ในแต่ละฝ่ายตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้

### เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประยุกต์จากงานวิจัยของธวัช เหลืองวุธธา<sup>๑</sup> และสุริวัลย์ ใจกล้า<sup>10</sup> และผู้วิจัยสร้างขึ้นเองในบางส่วนเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและสอดคล้องกับลักษณะการทำงานของโรงงานผลิตยางแท่ง โดยโครงสร้างของแบบสอบถามมีองค์ประกอบดังนี้ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ สัญชาติ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การใช้ภาษาในการสื่อสาร สถานภาพการสมรส โรคประจำตัว การใช้ยาในปัจจุบัน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และประสบการณ์การอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จำนวน 11 ข้อ โดยให้เลือกตอบหรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านลักษณะงานของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ ฝ่าย/แผนกที่พนักงานปฏิบัติงานในปัจจุบัน ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์ในการทำงาน (อายุงาน) รายได้ การทำงานล่วงเวลา

ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และการทำงานในตำแหน่งที่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ของตนเองของพนักงานกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จำนวน 7 ข้อ โดยให้เลือกตอบหรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านความปลอดภัย สัญลักษณ์ด้านความปลอดภัย ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และกฎระเบียบในการปฏิบัติงานของพนักงานกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบถูกผิด (True-False) โดยมี 2 คำตอบ ให้เลือกตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ซึ่งมีคะแนนเต็ม 15 คะแนนและสามารถแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ถ้าพนักงานมีคะแนนระหว่าง 0.00 – 5.99 แสดงว่ามีความรู้อยู่ในระดับน้อย ถ้าหากมีคะแนนระหว่าง 6.00 – 10.99 แสดงว่ามีความรู้ระดับปานกลาง และถ้ามีคะแนน 11.00 – 15.00 แสดงว่ามีความรู้ระดับดีตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ซึ่งสามารถแบ่งระดับเจตคติออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ คะแนนตั้งแต่ 0.00 – 0.67 หมายถึงมีระดับเจตคติที่ไม่เหมาะสม สำหรับคะแนน 0.68 – 1.35 หมายถึงมีเจตคติอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง 1.36 – 2.00 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับที่เหมาะสมดีมาก ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานจะแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ ด้านที่ 1 เป็นด้านการปฏิบัติงานตาม

กฎระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับความปลอดภัย ด้านที่ 2 เป็นด้านการใช้เครื่องมือเครื่องจักรและอุปกรณ์ ด้านที่ 3 เป็นด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และด้านที่ 4 เป็นด้านการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โดยข้อคำถามในแต่ละด้านนั้นจะถูกแบ่งออกเป็น ข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ที่มี 3 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติทุกครั้ง การปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย สำหรับเกณฑ์การแปรผลสามารถแบ่งพฤติกรรมความปลอดภัยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ คะแนนตั้งแต่ 0.00 – 0.67 หมายถึงมีระดับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สำหรับคะแนน 0.68 – 1.35 หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสมปานกลาง 1.36 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสมดีมาก ตามลำดับ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ของแบบสอบถามโดยใช้เทคนิค The Index of Item - Objective Congruence (IOC) โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 0.67 – 1.00 ซึ่งหมายความว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสามารถนำมาใช้สอบถามได้จริง<sup>11</sup>

#### การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานเจ้าของสถานประกอบการบริษัทผลิตยางแท่ง STR แห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานล่ามชาวพม่าที่อยู่ภายในสถานประกอบการ เพื่อช่วยสื่อสารกับแรงงานชาวพม่าที่ไม่เข้าใจภาษาไทย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณะ ผู้วิจัย

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีมืองค์ประกอบครบทั้ง 5 ส่วน และทำการสัมภาษณ์ภายในสถานประกอบการด้วยผู้วิจัยเอง โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์จนครบจำนวน 133 ราย ในช่วงเวลาที่พนักงานหยุดพักการทำงานหรือช่วงระหว่างเปลี่ยนกะการทำงานและหากแรงงานข้ามชาติเกิดข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยก็มีการอธิบายให้แรงงานข้ามชาติเข้าใจก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนอันเนื่องมาจากแรงงานข้ามชาติไม่เข้าใจในข้อความคำถามของแบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งได้แก่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลำดับ

## ผลการวิจัย

### 1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของแรงงานข้ามชาติ

สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรในครั้งนี้นับว่ามีแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาร์จำนวน 113 คน (ร้อยละ 85) และเป็นแรงงานสัญชาติกัมพูชาจำนวน 20 คน (ร้อยละ 15) กลุ่มประชากรที่เข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้เป็นเพศชายร้อยละ 75.90 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี จำนวน 58 คน (ร้อยละ 43.60) กลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 40.60 แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ไม่สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ร้อยละ 72.20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.20 แรงงานข้ามชาติระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 15.8 ในจำนวนนี้ระบุว่าไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.5 รองลงมาเป็นโรคภูมิแพ้ร้อยละ 3.8 มีแรงงานข้ามชาติจำนวน 17 คน (ร้อยละ 12.78) ที่รายงานว่ามีโรค

ก่อนมาทำงาน แรงงานข้ามชาติจำนวน 46 คน (ร้อยละ 34.60) สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์จำนวนสูงถึง 94 คน (ร้อยละ 70.70) เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย พบว่า มีแรงงานข้ามชาติร้อยละ 83.50 ที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย ขณะที่ร้อยละ 16.50 ที่ไม่ได้เข้าร่วมอบรมด้านความปลอดภัย

### 2. ผลการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการทำงานของแรงงานข้ามชาติ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะงานของแรงงานข้ามชาติ พบว่า แรงงานข้ามชาติร้อยละ 82.70 ทำงานอยู่ฝ่ายผลิต โดยส่วนใหญ่จะทำงานในตำแหน่งงานเป็นพนักงานฝ่ายผลิต ร้อยละ 70.70 มีแรงงานข้ามชาติที่ทำงานล่วงเวลาร้อยละ 60.90 แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีอายุการทำงานน้อยกว่า 4 ปี (ร้อยละ 72.20) เมื่อพิจารณาค่าจ้างรายวันพบว่า มีร้อยละ 17.30 ที่ได้รับค่าจ้างมากกว่าหรือเท่ากับ 320 บาท เมื่อสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน พบว่าแรงงานข้ามชาติร้อยละ 31.57 รายงานว่าเคยประสบอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังมีแรงงานข้ามชาติร้อยละ 18.05 ที่รายงานว่ามีปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ไม่ใช่ของตนเอง

### 3. ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้ความเข้าใจด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ

จากการสำรวจระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานเท่ากับ 7.75 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน และมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 14 คะแนน และเมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติจะ

พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.72) มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อจะพบว่า ข้อคำถามที่แรงงานข้ามชาติตอบได้ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ คำถามข้อที่ 15 ท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้องจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานหรือโรคจากการทำงานได้ (ร้อยละ 99.24) รองลงมาคือ คำถามข้อที่ 2 ที่ว่าพนักงานทุกคนต้องได้รับการอบรมก่อนเริ่มทำงาน (ร้อยละ 96.24) และสุดท้ายคือคำถามข้อที่ 6 สัญลักษณ์หรือเครื่องหมายความปลอดภัย (ร้อยละ 94.73) ส่วนข้อคำถามที่แรงงานข้ามชาติตอบได้น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ คำถามข้อที่ 8 แสงสว่างที่น้อยเกินไปจะทำให้ช่วยถนอมสายตา และเป็นการประหยัดพลังงานซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ โดยมีผู้ตอบผิดร้อยละ 63.90 รองลงมาคือคำถามข้อที่

12 ที่ถามว่าเมื่อเห็นป้ายสัญลักษณ์รูปใบหน้าคนสวมหมวก หมายถึงการห้ามสวมหมวกนิรภัยนำไปใช้บริเวณทำงานโดยมีผู้ตอบผิดถึงร้อยละ 62.40 และข้อที่ 3 การกระทำที่ละเลยกฎความปลอดภัยเพียงเล็กน้อยนั้นไม่ได้ทำให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงและผลเสียร้ายแรง โดยข้อคำถามในข้อนี้มีแรงงานที่ตอบผิดร้อยละ 52.63 ตามลำดับ

#### 4. ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับเจตคติด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ

จำนวนและร้อยละของแรงงานข้ามชาติจำแนกตามระดับเจตคติด้านความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า พนักงานกว่าร้อยละ 63.15 มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 6.00 ที่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ดังตารางที่ 2

Table 1 Level of Safety Knowledge in Rubber Industry Workers (n=133)

Level	Amount of worker	Percent
Good	10	7.52
Average level	118	88.72
Bad	5	3.76

Table 2 Level of Safety Attitudes in Rubber Industry Workers (n=133)

Level	Amount of worker	Percent
Suitable	41	30.83
Average level	84	63.16
Unsuitable	8	6.01

#### 5. ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ

เมื่อพิจารณาภาพรวมของระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} \pm SD = 1.29 \pm 0.11$ ) ดังตารางที่ 3 สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้

ทำการแบ่งพฤติกรรมความปลอดภัยออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ

ด้านที่ 1 พฤติกรรมความปลอดภัยด้านการปฏิบัติงานตามกฎระเบียบข้อบังคับ กล่าวโดยภาพรวมจะพบว่าแรงงานข้ามชาติมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} \pm SD = 1.21 \pm 0.44$ )

ด้านที่ 2 พฤติกรรมด้านการใช้เครื่องมือ เครื่องจักร และอุปกรณ์ จะพบว่า โดยภาพรวม แรงงานข้ามชาติมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} \pm SD = 1.56 \pm 0.50$ )

ด้านที่ 3 พฤติกรรมความปลอดภัยด้าน สภาพแวดล้อมการทำงานนั้น พบว่า โดยภาพรวม ของระดับพฤติกรรมความปลอดภัยด้านการสัมผัส

กับสภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} \pm SD = 1.33 \pm 0.39$ )

ด้านที่ 4 พฤติกรรมความปลอดภัยด้านการ ใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โดยพบว่า โดยภาพรวมของระดับพฤติกรรมความปลอดภัยด้านการสัมผัสกับสภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} \pm SD = 1.15 \pm 0.33$ )

Table 3 Level of Safety Behavior in Rubber Industry Workers (n=133)

Level	Amount of worker	Percent
Suitable	29	21.80
Average level	104	78.20

## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของแรงงานข้ามชาติ

จากการศึกษาในครั้งนี้ แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่อยู่ในการศึกษาในครั้งนี้ อยู่ในช่วงอายุ 20 - 29 ปี มีสถานภาพสมรสแล้ว และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา เมื่อเปรียบเทียบกับคุณลักษณะทั่วไปที่พบในการศึกษาครั้งนี้จะมีความแตกต่างกับการศึกษาของเฉลิมพล และคณะ<sup>12</sup> ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดึงดูดที่ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ตัดสินใจเดินทางเข้ามาทำงานในอุตสาหกรรมแปรรูปผลิตภัณฑ์ยางในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างของเฉลิมพลและคณะ<sup>12</sup> ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในช่วง 31 - 35 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สำหรับประเด็นเกี่ยวกับทักษะการใช้ภาษาไทยของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 การศึกษามีทักษะการใช้ภาษาไทยค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะการอ่านและการเขียน

ภาษาไทย<sup>10</sup> โดยเฉพาะในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ ผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้แรงงานข้ามชาติสื่อสารกับนายจ้างไม่เข้าใจ หรือมีความเข้าใจคาดเคลื่อน จนนำไปสู่การทำงานที่อาจผิดพลาดได้ ดังนั้นการดำเนินการด้านความปลอดภัยจะต้องคำนึงถึงการเตรียมข้อความเตือนหรือป้ายที่เป็น 2 ภาษา หรือจะใช้สัญลักษณ์ที่เป็นข้อความรูปภาพที่สามารถสื่อสารข้อความได้เป็นสากล เพื่อสื่อสารความปลอดภัยไปยังแรงงานข้ามชาติได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นได้ว่าแรงงานข้ามชาติเหล่านี้จะมีความรู้การทำงานล่วงหน้า ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า การทำงานล่วงเวลาจะทำให้มีการเพิ่มรายได้มากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของเฉลิมพลและคณะ<sup>12</sup> เมื่อพิจารณาอายุงานสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เข้ามาทำงานในอุตสาหกรรมดังกล่าวน้อยกว่า 4 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของเฉลิมพลและคณะ ที่แรงงานข้ามชาติมีอายุงานโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 3 ปี<sup>12</sup>

## 2. ด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ

**ความรู้** เมื่อสอบถามความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติที่ตอบผิดมากที่สุดคือ เรื่องคุณภาพของแสงสว่าง โดยเข้าใจว่า แสงสว่างที่น้อยเกินไปทำให้ช่วยถนอมสายตาและประหยัดพลังงาน แม้ว่าการลดปริมาณความเข้มแสงจะทำให้เกิดการลดพลังงานภายในอาคาร อย่างไรก็ตาม มาตรการลดพลังงานโดยลดปริมาณความเข้มแสงจะทำให้เกิดการลดพลังงานภายในอาคาร อย่างไรก็ตาม มาตรการลดพลังงานโดยลดปริมาณความเข้มแสงจะทำให้เกิดการลดพลังงานภายในอาคาร อย่างไรก็ตาม มาตรการลดพลังงานโดยลดปริมาณความเข้มแสงจะทำให้เกิดการลดพลังงานภายในอาคาร

ความรู้ เมื่อสอบถามความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติที่ตอบผิดมากที่สุดคือ เรื่องคุณภาพของแสงสว่าง โดยเข้าใจว่า แสงสว่างที่น้อยเกินไปทำให้ช่วยถนอมสายตาและประหยัดพลังงาน แม้ว่าการลดปริมาณความเข้มแสงจะทำให้เกิดการลดพลังงานภายในอาคาร อย่างไรก็ตาม มาตรการลดพลังงานโดยลดปริมาณความเข้มแสงจะทำให้เกิดการลดพลังงานภายในอาคาร

**เจตคติด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ** จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เจตคติด้านความปลอดภัยที่ไม่เหมาะสมของแรงงานข้ามชาติมีความสอดคล้องไปในทิศทาง

เดียวกันกับความรู้ความเข้าใจด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ กล่าวคือ แรงงานข้ามชาติมีมุมมองว่าถ้าหากได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยแล้วนั้น ไม่มีความจำเป็นต้องอบรมซ้ำแต่ในทางปฏิบัติ การอบรมซ้ำนั้นถือเป็นการทบทวนองค์ความรู้ทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของศิริพงษ์ ศรีสุขกาญจน์<sup>14</sup> ที่กล่าวว่า การได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันจะส่งผลทำให้มีระดับความรู้ด้านความปลอดภัยที่แตกต่างกันไปด้วย นอกจากนี้ แรงงานข้ามชาติมองว่า การปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยนั้นเป็นเรื่องที่ยุ่ยาก ทำให้เสียเวลาในการทำงานตลอดจนการทำงานได้ช้าลงและเห็นถึงแนวคิดดังกล่าวของแรงงานข้ามชาติได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นจากข้อคำถามก่อนหน้านี้ในเรื่องของความรู้ที่แรงงานข้ามชาติรับรู้และเข้าใจว่าการละเลยกฎระเบียบฯ เพียงเล็กน้อยนั้นไม่น่าที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุร้ายแรงได้ ซึ่งมุมมองหรือแนวคิดดังกล่าว ผู้เกี่ยวข้องจึงควรหามาพิจารณาเพื่อสืบค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนเจตคติดังกล่าว เพราะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้น มีสาเหตุสำคัญที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความปลอดภัย ดังนั้น องค์กรใดก็ตามที่กำหนด มาตรการความปลอดภัยที่มีความชัดเจนและส่งเสริมให้พนักงานทุกคนในองค์กรปฏิบัติตามทิศทางเดียวกันจะทำให้พนักงานได้ปรับปรุงสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยในทันที<sup>15</sup> ไม่เพียงเท่านั้น จากการค้นพบดังกล่าว ทำให้ทราบได้ว่าพฤติกรรมความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติไม่อาจจะเกิดขึ้นได้ถ้าแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ยังคงมีความรู้สึกขัดแย้งต่อหลักความปลอดภัย ทั้งนี้จะสังเกตได้ว่าแรงงานข้ามชาติมีอายุการทำงานน้อยกว่า 4 ปี ดังนั้นการที่จะปรับตัวให้เข้ากับลักษณะการทำงานของภาคอุตสาหกรรมและผลิตภัณฑ์ของยางพารานั้นจะทำได้ไม่มากนัก เฉลิมพล ขจรชัยกุลและคณะ<sup>12</sup> ได้อธิบายถึงสาเหตุ

ดังกล่าวว่าแรงงานข้ามชาติที่ได้เข้ามาทำงานในภาคอุตสาหกรรมนั้นต้องทำงานภายใต้กฎระเบียบที่มีความเคร่งครัด ไม่เหมือนสังคมภาคเกษตรกรรมที่ตนเองเคยใช้ชีวิตอยู่จึงทำให้ต้องใช้เวลาในการปรับตัวเป็นอย่างยิ่ง ประเด็นถัดมาที่ต้องสร้างความเข้าใจให้ถูกต้องแก่แรงงานข้ามชาติอย่างเร่งด่วนก็คือ แรงงานข้ามชาติมีความเข้าใจว่าการส่งเสริมและการป้องกันอุบัติเหตุเป็นหน้าที่เฉพาะของแผนกความปลอดภัยเท่านั้น ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวอาจถูกต้องแต่เพียงส่วนเดียว อย่างไรก็ตาม ความปลอดภัยในการทำงานจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในองค์กร ตั้งแต่พนักงานทุกคนทุกระดับไปจนถึงผู้บริหารองค์กร ทั้งนี้กลุ่มบุคคลดังกล่าวจะเป็นแรงสนับสนุนทำให้งานด้านอาชีวอนามัยประสบความสำเร็จปัญหาด้านอุบัติเหตุลดน้อยลงจนอยู่ในระดับที่ยอมรับได้<sup>15</sup>

**พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติ** การศึกษาในครั้งนี้ได้แบ่งพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานออกเป็น 4 ด้านดังได้กล่าวแล้วในส่วนของการศึกษา แต่เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมของแรงงานข้ามชาติที่ต้องมีการปรับปรุง และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไปดังนี้คือ

**พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับของสถานประกอบการ** จากการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่า แรงงานข้ามชาติจะปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดก็ต่อเมื่อพบเห็นหัวหน้างาน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับความรู้ เจตคติที่ได้อภิปรายไว้ก่อนหน้านี้ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจให้ ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องของประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้แรงงานข้ามชาติเกิดความ

ตระหนักและต้องกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค่อยๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้กลายเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ นอกจากนี้ แรงงานข้ามชาติจะมีความเร่งรีบปฏิบัติงานทุกครั้งเพื่อให้งานแล้วเสร็จทันตามกำหนดเวลาที่มีอย่างจำกัด ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น หัวหน้างาน มีความจำเป็นต้องวางแผนปริมาณงาน แผนการบริหารกำลังคนให้สอดคล้องกับลักษณะและปริมาณงานเพื่อไม่ให้แรงงานต้องทำงานเร่งรีบจนเกินไป นอกจากนี้ หัวหน้างานจำเป็นจะต้องมีการติดตามตรวจสอบ การปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ก็เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นในสถานประกอบการ

**พฤติกรรมความปลอดภัยด้านการใช้เครื่องมือ เครื่องจักร และอุปกรณ์** จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ในภาพรวมแรงงานข้ามชาติมีพฤติกรรมด้านการใช้เครื่องมือ เครื่องจักร และอุปกรณ์อยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายด้านยังพบว่า แรงงานข้ามชาติมีการปรับค่าของเครื่องจักรโดยไม่เคยแจ้งให้หัวหน้างานทราบตลอดจนแรงงานข้ามชาติไม่เคยมีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในทุกครั้งปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติมีการรักษาพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดีให้คงอยู่ตลอดและมีมาตรการติดตามการใช้เครื่องมือของคนงาน

**พฤติกรรมความปลอดภัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน** จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า แม้ในภาพรวมพฤติกรรมความปลอดภัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่า มีแรงงานข้ามชาติจะต้องทำงานภายในบริเวณที่ร้อนอบอ้าว ทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 45.11) ทั้งนี้ในบริเวณพื้นที่ทำงานมีเครื่องจักรที่เป็นแหล่งกำเนิดความร้อนที่สำคัญ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของเฉลิมพล ขจรชัยกุลและคณะ<sup>10</sup> ที่

พบว่าแรงงานข้ามชาติประเภทการจ้างงานแบบรายเดือนจะทำงานในพื้นที่ที่ความร้อนสูง พื้นที่เสี่ยงอันตราย พื้นที่ที่มีความสกปรกกว่าพื้นที่ทั่วไป หรือแม้แต่ต้องทำงานกับเครื่องจักรที่ต้องอาศัยความชำนาญ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรจัดระบบระบายอากาศให้เหมาะสม

**พฤติกรรมความปลอดภัยด้านการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล** จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าสิ่งที่เป็นจุดเด่นก็คือสถานประกอบการแห่งนี้ได้มีการสนับสนุนอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยให้กับแรงงานทุกคน ทำให้แรงงานข้ามชาติไม่ต้องจัดซื้อด้วยตนเอง ขณะที่ภาพรวมพฤติกรรมความปลอดภัยด้านการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติเพียงร้อยละ 24.06 ที่มีพฤติกรรมการดูแลรักษาความสะอาดของอุปกรณ์คุ้มครองอันตรายส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) ทุก ครั้ง ขณะที่ร้อยละ 89.47 ที่ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์ดังกล่าวก่อนการใช้งานเป็นบางครั้ง นอกจากนี้

แรงงานข้ามชาติยังใช้อุปกรณ์ดังกล่าวไม่เหมาะสม เช่น ร้อยละ 22.56 มีการใช้ร่วมกันกับผู้อื่นทุกครั้ง ร้อยละ 70.68 ที่แขวนอุปกรณ์ปลั๊กอุดหูไว้ที่บริเวณคอและจะสวมใส่ก็ต่อเมื่อพบเห็นหัวหน้างาน

### ข้อเสนอแนะ

สถานประกอบการควรจัดอบรมถึงความสำคัญของการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่แรงงานข้ามชาติ ยกตัวอย่างกิจกรรมที่ส่งเสริมงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เช่น การดำเนินงาน 5 ส ทั้งในสถานที่ทำงาน บริเวณเครื่องจักร รมรงค์ให้มีการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยในทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน สื่อสารความปลอดภัยทั้งภาษาไทยและภาษาที่ 2 ตลอดจนการจัดทำป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ตรงตามมาตรฐานสากล ที่ทุกคนสามารถเข้าใจถึงความปลอดภัยได้ตรงกัน เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

1. The Center for International Trade Studies. Basic Information and Targeted Industries Analysis [Internet]. (n.d.). [cited March 27, 2018]. [http://www.thaifta.com/trade/study/imt\\_gt\\_chap5-1.pdf](http://www.thaifta.com/trade/study/imt_gt_chap5-1.pdf).
2. The Agricultural Research Development Agency (Public Organization). Rubber Industry and Production Technology [Internet]. (n.d.). [cited May 15, 2018]. <http://www.arda.or.th/kasetinfo/south/para/used/01-02.php>.
3. Trang Provincial Industry Office. The Investment of Trang Province Report For September 2014 [Internet]. (2014). [cited June 8, 2018]. <http://www.industry.go.th/trang/index.php/activityreport/2557>.
4. Trang Provincial Industry Office. The Investment of Trang Province Report For July 2018 [Internet]. (2018). [cited March 8, 2019]. <http://www.industry.go.th/trang/index.php/activityreport/2561>.
5. Social Security Office. The Statistics of Number of Injury Related of Work in Migrant Workers (Myanmar, Lao, Kampuchea) in 2016 [Internet]. (2016). [cited May 15, 2018]. <https://www.sso.go.th/wpr/assets/uploa>

- d/files\_storage/sso\_th/af17b01a474174e851ffb132d2bd6450.p
6. Trang Office of Industrial Economics. Report on the Industrial Economics Status at Trang Province during July – December 2016. [Internet]. Trang; 2016. [cited 2019 July 1]. Available from: <http://www.industry.go.th/trang/index.php/doc01/22295-6/file>.
  7. Trang Labour Office. Labour Situation Report at Trang Province in 2016. [Internet]. Trang; 2016. [cited 2019 July 1]. Available from: <http://trang.mol.go.th/en/node/853>.
  8. Marayat Yotongyos and Pranee Swasdison. Sampling Desing for Research [Internet]. (2013). [cited February 10, 2018]. From <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>
  9. Thawat Laungwasutha. Knowledge, Attitudes and Safety Practices in The workplace of employees a case study of Cotco Metalworks Co,Ltd, Rayoung Province (Master of Science). Bangkok: National Institute of Development Administration, 2013.
  10. Sureewan Chaikar. Safe Work Behavior among Staff Working for S.E.I. Interconnects Products (Thailand) Company Limited (Master of Public Administration Program in Public and Private Management). Chon Buri. Burapha University, 2014.
  11. Prasopchai Pasunon. Validity of Questionnaire for Social Science Research. Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University. 2015; 18 (18): 375 – 396.
  12. Chalernporn Khajohnhaikul. Pull factors Affecting The Decision Making of Burmese Migrants to Migrate to Work in Rubber Product Processing Industry of Surat Thani Province (Master of Business Administration). Songkhla: Prince of Songkhla University, 2016.
  13. Announcement of the department of labor protection and welfare on the light intensity standard 2018. Royal Thai Government Gazette 135, 39. (February 21, 2018).
  14. Siripong Srisookgarn. Knowledge and Attitude on Safety Behavior of Officer in Phrachula Naval Dockyard, Naval Dockyard Department in Case Study: Production Section (Master of Science). Bangkok: Dhurakij Pundit University.(2010).
  15. Supawan Ratanapirom, Kamol Phoyen and Urapree Kerdnaimongkol. Accident Preventaion Behaviors of the Operational Employees of BASF Group in Thailand. Journal of Safety and Health. 2016; 9(34): 6 – 19.

Received: 15 May 2019, Revised: 20 June 2019,

Accepted: 28 June 2019

## นิพนธ์ต้นฉบับ

### การคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ มุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย ประเทศไทย

ธราพงษ์ กัปโก<sup>1</sup> ยอดลักษณ์ สัยลังกา<sup>2</sup> ระพีพรรณ จันทรอ้วน<sup>3</sup> บุญมา สุนทราริรัตน์<sup>4</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ: มุมมองประชาสังคม กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis Test และ One-Way ANOVA ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Turkey เสนอผลต่อภาคประชาสังคมในเวทีสนทนากลุ่มเพื่อสังเคราะห์มุมมองประชาสังคม เก็บข้อมูลระหว่างตุลาคม 2560–เมษายน 2562 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายมีความแตกต่างกัน ( $F=9.983$ ,  $p\text{-value}< 0.001$ ) ค่าปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดมีความแตกต่างกัน ( $F=9.983$ ,  $p\text{-value}< 0.001$ ) และอุบัติการณ์ของเบาหวานมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ( $F=22.792$ ,  $p\text{-value}< 0.001$ ) อีกทั้งยังแตกต่างกันในแต่ละปี โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มุมมองภาคประชาสังคม กระบวนการป้องกันและการคัดกรองเบาหวานที่ผ่านมา มีประสิทธิภาพไม่ทัดเทียมพลวัตวิถีชีวิตสุขภาพที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว อุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ควรมีกระบวนการคัดกรองและป้องกันที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และบุคคล

**คำสำคัญ** การคัดกรองเบาหวาน มุมมองประชาสังคม ประสิทธิภาพการป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวาน

<sup>1</sup>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย

<sup>2</sup>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหิน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย

<sup>3</sup>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

<sup>4</sup>สาธารณสุขอำเภอเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

\*Corresponding author: keng\_med@hotmail.com

## Original Article

## The Diabetes Mellitus Screening for Prevention Effectiveness of Diabetes Mellitus Incidence: The Civil Societal Perspective, Loei Province, Thailand

Tharapong Cappako<sup>1,\*</sup>, Yodluck Sailungka<sup>2</sup>,  
Rapeepan Chanuan<sup>3</sup>, Boonma Soontaraviratana<sup>4</sup>

## Abstract

This mixed methodology research aimed to study the diabetes mellitus screening for prevention effectiveness of diabetes mellitus incidence: The civil societal perspective. Data was collected by data recording form for situation analysis. Data analysis by Kruskal-Wallis Test and One-Way ANOVA, confirm the couple difference by Tukey HSD means. After that, input the result to civil society in term of focus groups discussion for civil societal perspective. The data was collected from October 2017 to March 2019. The results showed that the body mass index (BMI) were difference ( $F=9.983$ ,  $p\text{-value}< 0.001$ ). The fasting blood sugar were difference ( $F=9.983$ ,  $p\text{-value}< 0.001$ ). The incidence of diabetes mellitus were difference from each area ( $F=22.792$ ,  $p\text{-value}< 0.001$ ) and different from each years. In the viewing of the civil societal perspective, the screening and prevention of diabetes mellitus in the past were not effectiveness than dynamic of healthy lifestyle. The healthy lifestyle was changing rapidly. The incident was continuing increasing. About one time/year for the diabetes mellitus screening was inefficiency to prevent of diabetes mellitus incidence. There should be an appropriate screening and prevention process that is consistent with the area and individual context.

**Keyword:** Diabetes Mellitus Screening, Civil Societal Perspective, Prevention Effectiveness

<sup>1</sup> Phuluang Hospital Director

<sup>2</sup> Nong-hin Hospital Director

<sup>3</sup> Chiangkhan Hospital Director

<sup>4</sup> Chiangkhan District Health Office Director

\*Corresponding author: keng\_med@hotmail.com

## บทนำ

เบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นโรคไร้เชื้อเรื้อรังที่เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin Hormone) ได้ไม่เพียงพอหรือไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ และอาจเกิดจากร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้<sup>1</sup> จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านคนทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2017 และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วย 629 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045<sup>1</sup> สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคไร้เชื้อเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกที่รายงานสถานการณ์ ผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคนในปี ค.ศ.1980 เป็น 422 ล้านคนในปี ค.ศ. 2014 และความชุกเบาหวานในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 4.7 ในปี ค.ศ. 1980 เป็นร้อยละ 8.5 ในปี ค.ศ.2014 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความชุกจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง<sup>2</sup>

ประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 2,842,295 คน อัตราความชุก ร้อยละ 6.166<sup>3</sup> เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดเลย อุดรธานี หนองบัวลำภู หนองคาย นครพนม บึงกาฬ และสกลนคร มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 283,525 คน อัตราป่วยร้อยละ 6.436 จังหวัดเลย ประชากรทั้งสิ้น 641,660 คน พบผู้ป่วยเบาหวาน 38,547 คน อัตราป่วยร้อยละ 6.007 และมีอุบัติการณ์ในปี 2561 จำนวน 4,349 คน อัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 6.778 และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี<sup>3</sup>

การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานที่ผ่านมา ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการคัดกรองประชาชนอายุกลุ่ม 35 ปีขึ้นไป ปีละ 1 ครั้ง โดยการตรวจปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดโดย

การเจาะปลายนิ้ว หลังดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนการตรวจ ซึ่งเป็นกระบวนการคัดกรองเบื้องต้น โดยแยกประชาชนที่มาตรวจเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ มีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด 100 mg/dl กลุ่มเสี่ยงมีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด 101-125 mg/dl และมีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด 126 mg/dl ขึ้นไปเป็นกลุ่มสงสัยรายใหม่ ซึ่งต้องดำเนินการส่งต่อพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย<sup>4</sup> การดำเนินการตรวจคัดกรองนี้สามารถช่วยลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานได้เนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกคน จะได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งเรื่องอาหาร อารมณ์และการออกกำลังกาย ช่วยลดปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด จนบางรายกลับมาเป็นกลุ่มปกติได้ จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากแต่ในบางรายก็ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ มีพฤติกรรมเช่นเดิม รับประทานแป้งและน้ำตาลมาก ไม่ออกกำลังกาย ร่างกายก็ดำเนินไปจนเป็นกลุ่มป่วย และมีอีกกลุ่มที่ไม่สนใจสุขภาพ ไม่มาคัดกรองประจำปี กลุ่มดังกล่าวจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการของโรคแล้วเช่นมาด้วยอาการน้ำหนักรลด ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ หิวบ่อย เหนื่อยล้า คันตามผิวหนัง ชาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว เป็นต้น

การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานที่ผ่านมามีข้อจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากร ทั้งค่าใช้จ่าย วัสดุอุปกรณ์และบุคลากร หากแต่ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก วิถีชีวิตสุขภาพ (Healthy Lifestyle) อาจเป็นประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวาน แม้ในหลายกรณีเชื่อมโยงประเด็นพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ สังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ ก็ตาม วิถีชีวิตสุขภาพที่เปลี่ยนไปจากอดีต มีความสะดวกสบายมากขึ้น กิจกรรมทางกายลดลง อาหารอุดมสมบูรณ์หารับประทานได้ตลอดเวลา

การเดินทางสะดวกสบาย พฤติกรรมการบริโภคของคนชนบทที่นิยมเดินห้างเพื่อจับจ่ายใช้สอยซื้ออาหารในร้านสะดวกซื้อ ซื้อมื้อและอาหารอื่นให้บุตรหลานในร้านสะดวกซื้อ ธรรับส่งนักเรียนต้องแวะให้นักเรียนซื้ออาหาร ขนมและเครื่องดื่มต่างๆในร้านสะดวกซื้อทั้งเข้าหาไปโรงเรียนและเย็นขากลับบ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนสนับสนุนให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนไปในทางที่ไม่เหมาะสม สมดุลอาหารในแต่ละมื้อเปลี่ยนไป คนอ้วนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

มุมมองภาคประชาสังคมมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากจะเป็นมุมมองที่อยู่บนพื้นฐานและบริบทของพื้นที่ เป็นแนวทางการดำเนินงานคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์และช่วยลดอุบัติการณ์โรคเบาหวาน นำมาใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาครัฐในการดำเนินงาน ที่เป็นไปอย่างสอดคล้อง สอดรับและมีประสิทธิภาพคุ้มค่าในการป้องกันและลดอุบัติการณ์โรคเบาหวาน

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานที่มีประสิทธิผล ในมุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์โรคเบาหวานระหว่างพื้นที่เขตชนบทและกึ่งเมืองในจังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาการคัดกรองเพื่อการป้องกันอุบัติการณ์เบาหวานที่มีประสิทธิผล ในมุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผสมผสาน(Mixed Methodology Research) โดยวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Research) โดยการเก็บข้อมูลการ

คัดกรองเบาหวานโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One Way ANOVA และยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey HSD และสถิติ Kruskal-Wallis Test สรุปผลการวิจัยในกลุ่มนักวิจัยหลังจากนั้นเพิ่มเติมด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ทั้งการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำเสนอสารสนเทศที่เหมาะสมต่อภาคประชาสังคม ศึกษามุมมองในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดอุบัติการณ์โรคเบาหวาน ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) นำเสนอมุมมองที่เหมาะสมในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติการณ์เบาหวาน หลังจากนั้นสรุปผลสนทนากลุ่มเป็นเอกสาร เพื่อคืนข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มเป้าหมายภาคประชาสังคมเดิม เพื่อการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### การวิเคราะห์สถานการณ์

ทบทวนวรรณกรรมโดยกลุ่มนักวิจัย เพื่อกำหนดกรอบในการศึกษา และร่วมกันกำหนดแบบบันทึกข้อมูล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการคัดกรองเบาหวานทั้งนี้อ้างอิงแนวทางการคัดกรองประชาชนทั่วไปจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย<sup>4</sup> เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัดจากการเปลี่ยนแปลงประชากรตลอดเวลาและการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน(Multistage cluster sampling) อีกทั้งเพื่อการลดค่าความคลาดเคลื่อนจึงเลือกใช้สูตร<sup>5</sup>

$$nsrs = (Z2\alpha/2p(1-p)/d2) \times Deff$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,152 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 384 คน หลังจากนั้นดำเนินการสุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

อำเภอภูหลวง ซึ่งเป็นตัวแทนกลุ่มชนบท อำเภอหนองหินเป็นตัวแทนกลุ่มกึ่งเมือง และอำเภอเขียงคาน เป็นตัวแทนกลุ่มกึ่งเมือง และดำเนินการสุ่มตำบลภายในอำเภอ ได้ตำบลหนองคันทัน ในอำเภอภูหลวง ตำบลหนองหิน ในอำเภอหนองหิน และตำบลนาข้าวในอำเภอเขียงคาน และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน ดังนี้

- 1) นำรายชื่อประชาชนในตำบลที่ผ่านการคัดกรองมาเรียงลำดับต่อเนื่องทุกหมู่บ้าน
- 2) นำยอดประชากรในตำบลที่ผ่านการคัดกรองหารด้วย 384 จะได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง (Interval: I)
- 3) สุ่มตัวอย่างหมายเลขเริ่มต้นตามรายชื่อที่เรียงไว้
- 4) นำตัวเลขแรกที่ได้สุ่มได้ บวกด้วยค่าช่วงระยะห่าง (Interval) จะได้ตัวอย่างต่อไป นับต่อเนื่องจนครบ 384 คน

#### ขอบเขตการวิจัย

วิจัยแบบผสมผสานนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ

##### ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์เบาหวานจากการคัดกรองเพื่อการป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีประสิทธิผลใน 3 กลุ่มซึ่งบริบทที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย

- 1) ชุมชนเขตชนบท กลุ่มตัวอย่างคือตำบลหนองคันทัน อำเภอภูหลวงจังหวัดเลย จำนวน 384 คน ดำเนินการคัดกรองตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค และให้สุขศึกษากลุ่มเสี่ยงตามระบบปกติ
- 2) ชุมชนกึ่งเมือง กลุ่มตัวอย่างคือ ตำบลหนองหิน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย จำนวน 384 คน ดำเนินการคัดกรองตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค และให้สุขศึกษากลุ่มเสี่ยงตามระบบปกติ

3) ชุมชนกึ่งเมือง กลุ่มตัวอย่างคือ ตำบลนาข้าว อำเภอเขียงคาน จังหวัดเลย จำนวน 384 คน ดำเนินการคัดกรองตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค โดยดำเนินการ 2 ครั้ง/ปี และให้สุขศึกษากลุ่มเสี่ยงตามระบบปกติ และจัดกิจกรรมกลุ่มเสี่ยงสูงรายตามสัปดาห์ตามโปรแกรมที่กำหนด ประเมินผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองเพื่อการป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีประสิทธิผลใน 3 รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Analysis of Variance: ANOVA ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey HSD และ Kruskal-Wallis Test

##### ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

1) นำเสนอชุดข้อมูลที่วิเคราะห์เป็นสารสนเทศแล้วต่อผู้มีส่วนได้เสียศึกษามุมมองภาคประชาสังคมในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดอุบัติการณ์โรคเบาหวาน ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) นำเสนอมุมมองที่เหมาะสมในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติการณ์เบาหวาน และใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาครัฐในการดำเนินงาน ที่เป็นไปอย่างสอดคล้อง สอดรับและมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

2) สนทนากลุ่มเป้าหมายภาคประชาสังคมเดิมเพื่อคืนข้อมูลและเพื่อการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ดำเนินการศึกษาระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง เมษายน พ.ศ.2562

##### การศึกษามุมมองภาคประชาสังคม

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำด้านจิตวิญญาณ พระ ครู/อาจารย์ ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข แม่ค้าอาหาร กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน บุคคลที่มักคิดต่างจากกลุ่ม หรืออื่นๆที่ได้รับการ

เสนอโดยกลุ่มสมาชิกกลุ่มละ 10 – 12 คนใน ตำบลนาข้าว อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

### เครื่องมือวิจัย

การวิจัยผสมผสานนี้ ใช้ทั้งวิจัยเป็น เครื่องมือหลักในการดำเนินการวิจัย โดยมี เครื่องมือสนับสนุนประกอบไปด้วย

- 1) การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบบันทึกข้อมูล
- 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้หัวข้อการ สทนทนากลุ่ม แนวคำถามการชวนคุย แนวคำถาม การสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกใน คราวเรือน แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุ อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ เช่น กล้องถ่ายรูป เครื่อง บันทึกเสียง นำมาอธิบายและเสนอมุมมองร่วมกัน และนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามโดย มุ่งเน้นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้า นักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้าย ทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่ นำเสนอหรือไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎี ใหม่จากปรากฏการณ์<sup>6</sup>

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้แบ่งระยะการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ ดำเนิน การศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์เบาหวานจาก การคัดกรองเพื่อ การป้องกันอุบัติการณ์ โรคเบาหวานที่มีประสิทธิผลใน 3 กลุ่ม ซึ่งบริบทที่ แตกต่างกัน ประกอบด้วย

พื้นที่วิจัยที่ 1 การคัดกรองตามมาตรฐาน กรมควบคุมโรค<sup>7</sup> และให้สุขศึกษากลุ่มเสี่ยงตาม ระบบปกติ ในพื้นที่ตัวแทนเขตชนบท ตำบลหนอง คัน อำเภอภูหลวง

พื้นที่วิจัยที่ 2 การคัดกรองตามมาตรฐาน กรมควบคุมโรค และให้สุขศึกษากลุ่มเสี่ยงตาม

ระบบปกติ ในพื้นที่ตัวแทนเขตกิ่งเมือง ตำบล หนองหิน

พื้นที่วิจัยที่ 3 การคัดกรองตามมาตรฐาน กรมควบคุมโรค โดยดำเนินการ 2 ครั้ง/ปี และให้ สุขศึกษากลุ่มเสี่ยงตามระบบปกติเพิ่มเติมจัด กิจกรรมกลุ่มเสี่ยงสูงราย เดือนตามโปรแกรมที่ กำหนด

ประเมินผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ รูปแบบการคัดกรองเพื่อการป้องกันอุบัติการณ์ โรคเบาหวานที่มีประสิทธิผลใน 3 พื้นที่ วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติ One Way ANOVA และ Kruskal-Wallis Test

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำเสนอชุด ข้อมูลสารสนเทศต่อผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อศึกษา มุมมองในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดอุบัติการณ์ โรคเบาหวาน ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) เพื่อนำเสนอ มุมมองที่ เหมาะสม และใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาครัฐ ในการดำเนินงาน ที่เป็นไปอย่างสอดคล้อง สอด รับและมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

### ผลการวิจัย

#### ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ผลการคัดกรองเบาหวานรอบที่ 1 ระหว่าง ตุลาคม-ธันวาคม 2560 อำเภอภูหลวง เป็นชาย 203 คน (ร้อยละ 52.86) เป็นหญิง 179 คน (ร้อย ละ 47.14) อายุเฉลี่ย 53.90 ปี (SD=11.63) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.87 (SD=4.86) ค่าระดับน้ำตาล ในกระแสเลือดเฉลี่ย 88.89 mg/dl (SD=11.97) โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติต่ำกว่า 100 mg/dl ลงมา จำนวน 354 คน (ร้อยละ 92.19) กลุ่มเสี่ยง ค่าน้ำตาล 100-125 mg/dl จำนวน 26 คน (ร้อยละ 6.77) และกลุ่มสงสัยรายใหม่ค่าน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไป จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.04)

อำเภอหนองหิน เป็นชาย 191คน (ร้อยละ 49.74) เป็นหญิง 193 คน (ร้อยละ 50.26) อายุเฉลี่ย 51.02 ปี (SD=9.93) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.71 (SD=3.70) ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย 92.03 mg/dl (SD=10.35) โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติต่ำกว่า 100 mg/dl ลงมา จำนวน 325 คน (ร้อยละ 84.64) กลุ่มเสี่ยงค่าน้ำตาล 100-125 mg/dl จำนวน 59 คน (ร้อยละ 15.36) ไม่พบกลุ่มสงสัยรายใหม่

อำเภอเชียงคาน เป็นชาย 130 คน (ร้อยละ 34.12) เป็นหญิง 251 คน (ร้อยละ 65.88) อายุเฉลี่ย 53.26 ปี (SD=12.36) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.21 (SD=5.06) ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย 96.27 mg/dl (SD=22.74) โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติต่ำกว่า 100 mg/dl ลงมา จำนวน 265 คน (ร้อยละ 69.55) กลุ่มเสี่ยงค่าน้ำตาล 100-125 mg/dl จำนวน 94 คน (ร้อยละ 24.67) และกลุ่มสงสัยรายใหม่ค่าน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไป จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.78)

เมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value

<.001) และเมื่อยืนยันความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคู่ ระหว่าง ภูหลวงกับเชียงคาน และคู่ระหว่างภูหลวงกับหนองหิน (p-value<.001) ส่วนคู่ระหว่างเชียงคานกับหนองหิน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =.22) ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) และเมื่อยืนยันความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ โดยคู่ระหว่างภูหลวงกับเชียงคาน (p - value <.001) คู่ระหว่างภูหลวงกับหนองหิน (p - value =.018) และคู่ระหว่างเชียงคานกับหนองหิน (p - value =.001) ดังตารางที่ 2

เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ใน 3 อำเภอด้วยสถิติ Kruskal Wallis Test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) ดังตารางที่ 3

**Table 1** The One Way ANOVA of Body mass Index (n = 1,149)

BMI	df	SS	MS	F	P-value
Between Groups	2	348.82	174.41	9.983	.000
Within Groups	1,148	20,020.33	17.47		
Total	1,148	20.369.15			

**Table 2** The One Way ANOVA of Fasting Blood Sugar (n = 1,149)

FBS	df	SS	MS	F	P-value
Between Groups	2	10,5092	5,254	20.599	.000
Within Groups	1,148	292,349	255.10		
Total	1,148	302,858			

Table 3 The Kruskal Wallis Test of Groups Risk

Groups Risk	df	Chi-square	P-value
GR	2	74.14	<.001
Total (n=1,149)			

หลังดำเนินการตรวจคัดกรอง และแจ้งผลผู้เข้ารับการคัดกรอง โดยนำกลุ่มเสี่ยงเข้ากระบวนการให้สุขศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มสงสัยรายใหม่ดำเนินการให้สุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนัดมาเจาะซ้ำเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด หากพบระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลด ส่งต่อพบแพทย์เพื่อการตรวจและวินิจฉัยต่อไป

*ผลการคัดกรองเบาหวานรอบที่ 2 ระหว่าง ตุลาคม – ธันวาคม 2561*

*อำเภอภูหลวง* เป็นชาย 204 คน (ร้อยละ 53.13) เป็นหญิง 180 คน (ร้อยละ 46.87) อายุเฉลี่ย 53.95 ปี (SD=11.60) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.94 (SD=3.73) ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย 91.98 mg/dl (SD=18.68) โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติต่ำกว่า 100 mg/dl ลงมา จำนวน 314 คน คิดเป็นร้อยละ 81.77 กลุ่มเสี่ยงค่าน้ำตาล 100-125 mg/dl จำนวน 53 คนคิดเป็นร้อยละ 13.80 และกลุ่มสงสัยรายใหม่ค่าน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไป จำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 4.43

*อำเภอหนองหิน* เป็นชาย 191คน (ร้อยละ 49.74) เป็นหญิง 193 คน (ร้อยละ 50.26) อายุเฉลี่ย 51.04 ปี (SD=9.93) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.75 (SD=3.69) ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย 92.52 mg/dl (SD=11.63) โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติต่ำกว่า 100 mg/dl ลงมา จำนวน 313 คน (ร้อยละ 81.51) กลุ่มเสี่ยงค่าน้ำตาล 100-125 mg/dl จำนวน 68 คน (ร้อยละ 17.71) และกลุ่มสงสัยรายใหม่ค่าน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไปจำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.78)

*อำเภอเชียงคาน* เป็นชาย 139 คน (ร้อยละ 36.20) เป็นหญิง 245 คน(ร้อยละ 63.80)อายุเฉลี่ย 53.72 ปี (SD=11.22) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 (SD=4.11) ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย 94.96mg/dl (SD=20.41) โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติต่ำกว่า 100 mg/dl ลงมา จำนวน 294 คน (ร้อยละ 76.56) กลุ่มเสี่ยงค่าน้ำตาล 100-125 mg/dl จำนวน 67 คน (ร้อยละ 17.45) และกลุ่มสงสัยรายใหม่ค่าน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไป จำนวน 23 คน (ร้อยละ 6.32)

เมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =.002) และเมื่อยืนยันความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคู่ระหว่าง ภูหลวงกับเชียงคาน (p-value =.006) และคู่ระหว่างภูหลวงกับหนองหิน (p-value =.010) ส่วนคู่ระหว่างเชียงคานกับหนองหินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =.985) ดังตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.04) และเมื่อยืนยันความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงคู่ระหว่างภูหลวงกับเชียงคาน (p - value =.046) ส่วนคู่ระหว่างภูหลวงกับหนองหิน (p - value =.903) และคู่ระหว่างเชียงคานกับหนองหิน (p - value =.125) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มความ  
เสี่ยงต่ออุบัติการณ์ใน 3 อำเภอด้วยสถิติ Kruskal  
Wallis Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
(p-value <.001) ดังตารางที่ 6

**Table 4** The One Way ANOVA of Body mass Index (n=1,152)

BMI	df	SS	MS	F	P-value
Between Groups	2	178.76	89.38	6.039	.002
Within Groups	1,151	17,006.79	14.80		
Total	1,151	17,185.55			

**Table 5** The One Way ANOVA of Fasting Blood Sugar (n=1,152)

FBS	df	SS	MS	F	P-value
Between Groups	2	1,935.38	967.69	3.223	.04
Within Groups	1,151	344,995	300.26		
Total	1,151	346,930			

**Table 6** The Kruskal Wallis Test of Groups Risk

Groups Risk	df	Chi-square	P-value
GR	2	15.73	<.001
Total (n=1,152)			

## ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษามุมมองประชาสังคม นักวิจัยได้  
ฝังตัวในพื้นที่เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม  
การสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อใช้เป็น  
แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Groups  
Discussion) สมาชิกเข้าร่วมประกอบด้วย รอง  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การ  
บริหารส่วนตำบล ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนแม่ค้าอาหารปรุง  
สำเร็จ ผู้แทนร้านขนมจีนร้อน/ส้มตำ ผู้แทนกลุ่ม  
เสี่ยงสูง/อ้วนอันตราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนว  
ทางการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1) นำเสนอสารสนเทศการคัดกรอง  
เปรียบเทียบ 2 ปี และเปรียบเทียบระหว่างอำเภอ

ทั้ง 3 อำเภอ พร้อมนำเสนอองค์ความรู้  
โรคเบาหวาน โดยเน้นสาเหตุและปัจจัยเสริม

2) ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อผลการคัดกรอง  
เบาหวานและสถานการณ์ที่เราประสบอยู่ใน  
ปัจจุบัน

3) ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่าสาเหตุที่  
สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดปัญหาโรคเบาหวานคืออะไร

4) ในมุมมองของท่านเราควรแก้ไขปัญหาที่  
ประสบอยู่อย่างไรจึงจะสามารถลดอุบัติการณ์ได้

5) มีสิ่งใดที่ท่านต้องการเพิ่มเติม  
นอกเหนือจากที่กล่าวมา เพื่อเพิ่มเติมให้สมบูรณ์  
ยิ่งขึ้น

นักวิจัยสรุปผลการสนทนากลุ่ม แล้วนำมา  
เพิ่มเติมด้วยการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม การ  
สังเกตการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรวมทั้งนำข้อสรุป

ที่ได้เสนอบุคคลต่าง ๆ ในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเพื่อเติมเต็ม

## อภิปรายผลและสรุปการวิจัย

### ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

จากผลการวิจัยจะพบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายอย่างชัดเจน ในรอบการคัดกรองครั้งที่ 1 ตุลาคม – ธันวาคม 2560 โดยอำเภอเชียงคานมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยสูงสุด 24.21 อำเภอหนองหิน 23.71 และอำเภอภูหลวง 22.87 ตามลำดับ สอดคล้องกับระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากการตรวจคัดกรองด้วยการเจาะปลายนิ้วที่ผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดในอำเภอเชียงคาน 96.27 mg/dl อำเภอหนองหิน 92.03 mg/dl และอำเภอภูหลวง 88.89 mg/dl ตามลำดับ สอดคล้องบริบทพื้นที่ อำเภอภูหลวงเป็นอำเภอที่มีลักษณะเป็นชนบท ค่อนข้างมาก ไม่มีร้านค้าร้านอาหาร ในเวลากลางคืน รวมถึงไม่มีร้านสะดวกซื้อต่างๆในเขตอำเภอ ส่วนอำเภอหนองหินและอำเภอเชียงคานมีสภาพกึ่งเมือง มีร้านค้าตลาดสด ร้านสะดวกซื้อจำนวนมาก โดยเฉพาะเชียงคานซึ่งเป็นเมืองท่องเที่ยว มีเศรษฐกิจค่อนข้างดี อาหารอุดมสมบูรณ์สามารถหาซื้อได้ตลอดเวลาเช่น ร้านเซเว่นอีเลฟเว่น 4 แห่งห้างโลตัสเอ็กเพลส จำนวน 2 แห่งและห้างบิ๊กซีขนาดเล็ก 1 แห่ง

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยรายใหม่ ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับอัตราอุบัติการณ์เบาหวานในภาพรวมจังหวัด แยกรายอำเภอ ซึ่งพบว่า อำเภอเชียงคานมีอุบัติการณ์สูงสุดด้วยตามด้วยอำเภอหนองหินและอำเภอภูหลวงตามลำดับ<sup>6</sup>

ในรอบการคัดกรองครั้งที่ 2 ตุลาคม-ธันวาคม 2561 โดยอำเภอเชียงคานมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยสูงสุด 23.79 อำเภอหนองหิน 23.75

และอำเภอภูหลวง 22.94 ตามลำดับ สอดคล้องกับระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากการตรวจคัดกรองด้วยการเจาะปลายนิ้วที่ผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดในอำเภอเชียงคาน 94.96 mg/dl อำเภอหนองหิน 92.52 mg/dl และอำเภอภูหลวง 91.98 mg/dl ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยรายใหม่ ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับอัตราอุบัติการณ์เบาหวานในภาพรวมจังหวัด แยกรายอำเภอ ในปี 2562 ซึ่งพบว่า อำเภอเชียงคานมีอุบัติการณ์สูงสุดด้วยตามด้วยอำเภอหนองหินและอำเภอภูหลวงตามลำดับ<sup>6</sup>

### ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ปรากฏการณ์ทางสังคม จากการสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และนำมาใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีส่วนสนับสนุนให้เกิดอุบัติการณ์ชัดเจน บริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูง อาหารประเภทแป้งและไขมัน โดยแหล่งอาหารส่วนใหญ่จากตลาดนัด ตลาดสด ร้านสะดวกซื้อ ห้างสรรพสินค้า ร้านค้าอาหารเฉพาะอย่างในหมู่บ้าน โดยเฉพาะขนมจิ้นร้อน มีให้สามารถหารับประทานได้ตั้งแต่หกโมงเช้าจนหกโมงเย็น ไม่พบว่ามีอาการออกกำลังกายอย่างเป็นทางการ มีเพียงการใช้แรงงานในการทำงานตามปกติ มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนลงพุงรับประทานเครื่องดื่มชูกำลังและชา กาแฟ ตามรถเข็นและอื่นๆซึ่งมีปริมาณน้ำตาลสูงมาก บางรายกินวันละหลายแก้ว เมื่อสรุปผลการศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการชวนคุย โดยผลการสนทนากลุ่มปรากฏ ดังนี้

1) นำเสนอสารสนเทศการคัดกรองเปรียบเทียบ 2 ปี

และเปรียบเทียบระหว่างอำเภอทั้ง 3 อำเภอ พร้อมนำเสนอองค์ความรู้โรคเบาหวาน โดยเน้นสาเหตุและปัจจัยเสริม ในภาพรวมกลุ่มเป้าหมายไม่เคยทราบข้อมูลของความแตกต่างรายอำเภอ โดยยังคงเข้าใจว่า ในจังหวัดเดียวกัน ควรจะมีข้อมูลสุขภาพที่เหมือน ๆ กัน แต่ประเด็นองค์ความรู้เบาหวาน สาเหตุของการเกิดเบาหวานและปัจจัยเสริมของการเกิดเบาหวาน กลุ่มที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม มีความเข้าใจ หากแต่ระดับความใส่ใจหรือความตระหนักแตกต่างกัน ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง(ตัวแทนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน) จะมีความวิตกกังวลสูงเมื่อได้รับข้อมูลจากทีมวิจัย เนื่องจากตนเองมีค่าดัชนีมวลกาย 30.49 อีกทั้ง แม่ ป้า และลุง ญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนคนอื่น ๆ ก็กังวลในข้อมูลและความรู้ที่ได้รับเพียงแต่มีความกังวลน้อยกว่า

2) ประเด็นคำถาม “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อผลการคัดกรองเบาหวานและสถานการณ์ที่เราประสบอยู่ในปัจจุบัน” ในมุมมองประชาสังคม มีมุมมองที่เห็นเป็นเรื่องปกติ ซึ่งน่าเป็นห่วง จะรู้สึกกังวลเฉพาะตัวแทนผู้ป่วยและตัวแทนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม หมายถึงคนที่เริ่มตระหนักคือคนที่ประสบเหตุ/รับผลโดยตรงจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

3) ประเด็นคำถาม “ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่าสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดปัญหาโรคเบาหวานคืออะไร” มุมมองภาคประชาสังคมให้ความสำคัญวิถีชีวิตสุขภาพที่เปลี่ยนไป มีกิจกรรมทางกายน้อยลง สะดวกสบายมากกว่าอดีต มีอาหารบริโภคอย่างอุดมสมบูรณ์ บริโภคน้ำตาลมากขึ้นกว่าในอดีตมาก อาหารมีน้ำมันพืชเป็นส่วนประกอบมากขึ้น มีการใช้เครื่องปรุงรสอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผงชูรสและรสดี “ร้านหนูใช้ผงชูรสของครึ่งโล 2 วันต่อ 3 ซอง” เจ้าของร้านขนมจีนร้อนในหมู่บ้านให้ทัศนะการรับประทานผงชูรสของชาวบ้าน ในขณะที่ใน

หมู่บ้านมีร้านขนมจีนร้อน 6 ร้าน ใน 163 หลังคาเรือน อาหารมีความอร่อยและโดยรวมมีคนอ้วนมากขึ้น และป่วยด้วยโรคไร้เชื้อเรื้อรังมากขึ้น

4) ประเด็นคำถาม “ในมุมมองของท่านเราควรแก้ไขปัญหาค่าที่ประสบอยู่อย่างไรจึงจะสามารถลดอุบัติการณ์ได้” มุมมองภาคประชาชน มุมมองภาคประชาสังคมให้ความเห็นว่า การเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพนั้นเป็นไปได้ยากมาก หรือแทบเป็นไปได้ไม่ได้เลย การออกกฎหมายควบคุมปริมาณน้ำตาลในอาหาร ใช้ระบบภาษีความหวาน ก็เป็นทางเลือกที่เป็นไปได้ยากในระดับประเทศควรมีมุมมองด้านนี้ การแก้ไขปัญหาค่าควรมุ่งจุดกระแสความรู้ความเข้าใจในระดับบุคคล และเฝ้าระวังด้วยตนเองโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงจากค่าน้ำตาลและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่นอ้วนมาก ประวัติครอบครัว การตรวจคัดกรองจะต้องดำเนินการให้สอดคล้องตามบริบทพื้นที่และบุคคล บุคคลบางกลุ่มอาจต้องติดตามคัดกรองทุก 3 เดือน หรือทุก 6 เดือน เพื่อย้ำเตือนให้เกิดความตระหนัก และกลุ่มประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายคัดกรองแต่ไม่มาคัดกรอง ควรมีกระบวนการติดตามอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือของ อสม.บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะผู้ป่วยบางรายไม่ผ่านการคัดกรอง และพบว่าผู้ป่วยระหว่างปีนั้น ซึ่งไม่ได้เข้าสู่ระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มุมมองภาครัฐ โดยมีแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องการให้มือองค์กร หน่วยงานหรือกลุ่มงาน ที่จัดตั้งมาเพื่อการบริหารจัดการกับโรคไร้เชื้อเรื้อรังเป็นการเฉพาะ เนื่องจากปัจจุบัน ไม่มีผู้รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบต้องปฏิบัติหน้าที่หลายอย่าง งานโรคไร้เชื้อเรื้อรังจึงเป็นเหมือนงานฝากในโรงพยาบาลชุมชน มักรับผิดชอบโดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม ซึ่งมีภาระงานมาก หากแยกฝ่ายหรือกลุ่ม

งานออกมาเป็นการเฉพาะ จะสามารถดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไว้เชื้อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การดูแลและให้สุขศึกษาประชาชน การคัดกรองตามรอบปกติ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการสอบถาม (Verbal Screening) ซึ่งกลุ่มเสี่ยงจากพันธุกรรม<sup>9</sup> จากภาวะอ้วนลงพุงที่อยู่นอกกลุ่มเป้าหมายหรืออายุน้อยกว่า 35 ปี ก็มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดอุบัติการณ์การบำบัดรักษาแต่เนิ่น ๆ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนการบำบัดรักษาแบบต่อเนื่อง ฯลฯ

1) ประเด็นคำถาม “มีสิ่งใดที่ท่านต้องการเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่กล่าวมา เพื่อเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น” นอกเหนือจากการดำเนินการคัดกรองและเฝ้าระวังในระดับพื้นที่แล้ว การใช้มาตรการทางกฎหมาย/ภาษี ความหวาน ภาษีความเต็ม ก็เป็นทางเลือกและข้อเสนอที่ควรนำมาพิจารณา เพื่อลดปริมาณการบริโภคน้ำตาล/เกลือ ฯลฯ

### ข้อเสนอเชิงนโยบาย มุมมองประชาสังคม

1. ใช้ระบบการคัดกรองที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และบุคคล เช่น บุคคลที่มีความเสี่ยง อาจต้องนัดคัดกรองระดับน้ำตาลทุก 3 เดือนหรือทุก 6 เดือนแล้วแต่ความเหมาะสม เพื่อสร้างความตระหนัก และลดอุบัติการณ์

2. ควรดำเนินการด้วยกิจกรรมการคัดกรองที่เหมาะสมแต่ละบุคคล เช่นกลุ่มเสี่ยงค่าดัชนีมวลกายสูง และ/หรือ มีความเสี่ยงอื่น แต่อายุยังไม่ถึง 35 ปี ก็อาจต้องดำเนินการตรวจคัดกรองด้วยความถี่ที่เหมาะสม ต่อเนื่อง

3. ในสถานการณ์ปัจจุบัน มีกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่ม และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ควรมืองค์กร หรือหน่วยงาน/กลุ่มงานเฉพาะ ที่มีหน้าที่ดำเนินงานโดยตรงกับโรคไว้เชื้อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease:

NCD) เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการลดอุบัติการณ์

4. พัฒนาระบบติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มาคัดกรองเบาหวาน ให้มีการติดตามและคัดกรองให้ครอบคลุมมากที่สุด เพราะมีข้อมูลสนับสนุนว่ากลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ในปีจากกลุ่มที่ไม่มาคัดกรองมีอุบัติการณ์มากกว่ากลุ่มที่มาคัดกรอง<sup>10</sup>

### บทเรียนที่ได้

การดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานในปัจจุบัน ดำเนินการตรวจคัดกรองตามแนวทางการตรวจสาธารณสุขสุขโดยกรมควบคุมโรค ดำเนินการปีละ 1 ครั้ง อาจมีประสิทธิผลในการป้องกันอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน น้อยในมุมมองประชาสังคม เนื่องจากในบริบทที่แตกต่าง ทั้งที่อยู่ในจังหวัดเดียวกัน อุบัติการณ์ยังแตกต่างกัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ที่ตั้งอยู่บริบทและพื้นฐานแห่งความเป็นจริง ควรจัดบริการให้สอดคล้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และบุคคล จะช่วยให้เกิดความตระหนักของประชาชน แต่อย่างไรก็ตามอาจมีค่าใช้จ่ายและบุคลากรที่เพิ่มขึ้นตามภาระงานหรือการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นหลายครั้งที่นโยบายภาครัฐมุ่งเน้นผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ รวดเร็ว แต่แฝงไว้ด้วยความฉาบฉวยและล้มเหลวในระยะยาว การดำเนินงานอย่างมั่นคงแข็งแรงและมีส่วนร่วมนำมาซึ่งความยั่งยืนและการแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็นในระดับพื้นที่ สิ่งสำคัญคือภาครัฐจะต้องสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมในระดับพื้นที่เล็งเห็นสภาพปัญหาและสร้างความตระหนักว่าเป็นปัญหาของตนเองที่ต้องดำเนินการแก้ไขเองโดยพื้นฐานหรือบริบทของพื้นที่ ที่มีความหลากหลายของความคิดและแนวทางการแก้ไข สามารถกำหนดแนวทางสร้างอนาคตของชุมชนตนเอง สร้างความภาคภูมิใจแก่คนในชุมชน และเกิดความยั่งยืนในที่สุด

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การมีข้อมูลที่ชัดเจน และวิเคราะห์อย่างแหลมคมเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า ช่วยให้ภาคประชาสังคมนำมาประกอบการวางยุทธศาสตร์การดำเนินงาน หลังจากนั้น ภาคีเครือข่าย จะสามารถนำจุดแข็งจุดอ่อนและบริบทชุมชนทั้งสังคม ประเพณี ค่านิยมของท้องถิ่นมาประกอบในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการให้ทัศนะ มุมมองที่แหลมคมในการดำเนินการ จะนำมาซึ่งความสำเร็จ

### ปัญหา/ข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรค

การศึกษามุมมองภาคประชาสังคม เมื่อได้ประเด็นมุมมองภาคประชาสังคม จากการสนทนากลุ่ม นักวิจัยจะนำประเด็นนั้นเข้าไปสัมภาษณ์เชิงลึกในพื้นที่เพื่อยืนยันข้อมูล อย่างไรก็ตาม บางประเด็นพบว่าข้อมูลยังไม่อึดตัว แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาจึงสรุปและคืนข้อมูลแก่ภาคประชาสังคม อาจส่งผลด้านความบิดเบี้ยวเล็กน้อย ๆ อย่างไรก็ตามโดยรวมความสมบูรณ์และการอึดตัวของข้อมูลอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ

### ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา

การมีส่วนร่วมและมุมมองของภาคีเครือข่ายมีความสำคัญ ลดภาระและค่าใช้จ่ายภาครัฐ อีกทั้งยังเกิดความยั่งยืน การดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดภาคประชาสังคม ช่วยให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีความครอบคลุมรอบด้าน มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องด้วยองค์ประกอบภาคประชาสังคม มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและบูรณาการระดับพื้นที่ หลากหลาย อาจใช้เป็นแนวทางการวางยุทธศาสตร์ และการดำเนินการ ในมุมมองวิถีชีวิตสุขภาพของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน อาจต้องวางยุทธศาสตร์ที่ถูกต้อง สอดคล้องเหมาะสมสำหรับพื้นที่และบุคคล

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายนักวิจัยและภาคประชาสังคม บุคลากรสาธารณสุขระดับพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข งานวิจัยนี้ได้มีโอกาสสร้างกระแสการออกกำลังกายและควบคุมอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การควบคุมน้ำตาลในระดับพื้นที่และโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น นักวิจัยจึงขอบขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation: IDF. 2019. Achieve from: <https://www.idf.org> in 15/05/2019
2. World Health Organization: WHO. 2019. Achieve from: <https://www.who.int> in 15/05/2019
3. กระทรวงสาธารณสุข. 2562. สืบค้นจาก: <http://www.moph.go.th/hdc/> เมื่อ 15 พฤษภาคม 2562
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี. บริษัทร่มเย็นมีเดีย จำกัด; 2560.
5. ฉวีวรรณ บุญสุยา. ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2544.
6. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552.

7. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2562. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/th/site/index> เมื่อ 20 พฤษภาคม 2562.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. 2562. ฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC. สืบค้นจาก: <https://www.lo.moph.go.th/main2015/> เมื่อ 25 พฤษภาคม 2562.
9. เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก และคณะ. การรับรู้ ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ตามเกณฑ์และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติ สายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็นเบาหวาน. Rama Nurse Journal. ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2553; 169-184.
10. โรงพยาบาลหนองหิน. 2562. ฐานข้อมูล Hos-XP PCU. เมื่อ 29 พฤษภาคม 2562.

**ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย**  
**วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**  
**(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)**

- **หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)**
  - วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม - มีนาคม เมษายน - มิถุนายน กรกฎาคม - กันยายน และ ตุลาคม - ธันวาคม)
  - วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใด ๆ
  - กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 2 คน เป็นผู้อ่าน
  
- **ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ**
  - พิมพ์ในไฟล์ Word
  - ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
  - กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
  - ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด
  - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

**การเรียงลำดับเนื้อหาในนิพนธ์ต้นฉบับ**

1. **ชื่อเรื่อง (Title)**
  - ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
  - ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
2. **ชื่อผู้เขียน (Authors)**
  - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ชื่ออยู่วุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
  - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
  - E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

### 3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

### 4. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

### 5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

### 6. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

### 7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

### 8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion) การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

### 9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

### 10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

## ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย<sup>1</sup> จากสถานการณ์การระบาดของโรค  
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็น .....การกำจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำ  
เชื้อไวรัสโรคไข้เลือดออกมาสู่คน<sup>2</sup> .....การป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน<sup>5</sup>

## ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
  2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
  3. ....
  4. ....
  5. อรณัฐ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมศักดิ์การ. “พฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร. 27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.
- **ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม**สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ
  - **การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์**
    - ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ **Word document** มาที่กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข [www.ajcph.org](http://www.ajcph.org)
    - วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,000 บาท โดยผู้พิมพ์จะได้รับวารสารฉบับที่ตีพิมพ์จำนวน 2 เล่ม**การชำระเงิน** โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย  
ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน”  
เลขบัญชี “955-0-13237-4”  
(ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ [www.ajcph.org](http://www.ajcph.org) ตามระบบของเว็บไซต์)