

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2567

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	2673-0979 (Online) 2730-2490 (Print)
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2567

ที่ปรึกษา

นพ.อภิชัย ลิมานนท์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	สสจ.ขอนแก่น
นพ.อดุลย์ บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่	สสจ.ขอนแก่น
	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
นพ.วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	สสจ.ขอนแก่น
	สมเด็จพระยุพราชกระนวน	
	รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ	
	(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
นางสาวกรรณิกา ตั้งวานิชกพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	สสจ.ขอนแก่น
	(ด้านส่งเสริมพัฒนา)	
ทพ.มูณี เหมือนชาติ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันต	สสจ.ขอนแก่น
	สาธารณสุข)	
ภก.เชิดชัย อริยานุชิตกุล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
นางบัวบุญ อุดมทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	สสจ.ขอนแก่น
	(ด้านบริการทางวิชาการ)	

กองบรรณาธิการ

นพ.ประวีร์ คำศรีสุข	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	บรรณาธิการ
	(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุข	รองบรรณาธิการด้านวิชาการ
	ชำนาญการพิเศษ	
ดร.จักรสันต์ เลยหยุด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	รองบรรณาธิการด้านบริหาร
	ชำนาญการพิเศษ	
ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	
ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี	นักวิชาการสาธารณสุข	
	ชำนาญการพิเศษ	
ดร.เจษฎา สุรวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข	
	ชำนาญการพิเศษ	
ดร.พรธนิภา ไชยรัตน์	อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์	
	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี	

ผศ.ดร.ศุภวดี แถวเพ็ญ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ผศ.ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ผศ.ดร.แสงดาว จันทรดา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.สุทิน ชนະบุญ	วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ
ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผศ.ดร.ราณี วงษ์คงเดช	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.บุญทนกร พรหมภักดี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
นพ.ธนิต พุเจริญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ดร.ธิไลภิญ ทองไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ดร.กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ
รศ.ดร.จุฬารณย์ โสตะ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
นพ.วิทยา ขาติบัญชาชัย	ศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ
รศ.ดร.ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.เยาวเรศ ชูลิขิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ดร.จริยา อินทวัธมี	นักวิชาการอิสระ
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สงกรานต์ นักบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.นพ.ธนชัย พนาพุดิ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น

นพ.สุรพันธ์ เจริญธัญรักษ์
นพ.ศักรินทร์ แก้วเฮ้า

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศาสตราจารย์ ดร. จงกลนี
จันทร์ศิริ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

นางอุบล จ้วงพานิช

นักวิชาการอิสระ

ฝ่ายจัดการ

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง

สสจ.ขอนแก่น

ผู้จัดการ

นางมลิวรรณ มะลิตัน

สสจ.ขอนแก่น

การเงินการบัญชี

นายณรินทร์ บัวอิน

สสจ.ขอนแก่น

จัดรูปเล่ม พิสูจน์อักษร

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2567) บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 11 เรื่อง และ ซึ่งเป็นผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2) การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับหลังดื่มชาใบกัญชาและอาการไม่พึงประสงค์ในบุคลากรทางการแพทย์ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 4) ผลของการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเล่นลูกบุนนึ่งของสามีนางตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น 5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น 6) ผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ 7) ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น 8) ความรอบรู้เพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 9) การศึกษาการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวเพื่อกำหนดนโยบายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข 10) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน และ 11) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

สุดท้ายนี้กองบรรณาธิการ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ขอขอบคุณทุกท่านที่สนใจและส่งบทความตีพิมพ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความที่เผยแพร่จะเป็นประโยชน์ให้กับทุก ๆ ท่าน

กองบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลลัพธ์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะเล
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1-10

Outcome of Laparoscopic repair of perforated peptic and duodenal ulcer,
Kalasin Hospital

กิตติพร กลิ่นขจร

Kittiporn Klineachom

- การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับหลังดื่มชาใบกัญชาและอาการไม่พึงประสงค์
ในบุคลากรทางการแพทย์ 1-15

Sleep Quality Comparison after Drinking Cannabis Leave Tea and Its Side Effects
in Healthcare Staff

ยุทธนา เปล่งวาจา

Yuttana Plangvaja

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.
ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 1-16

Health Literacy and Health Behaviors 3E 2S among undergraduate students,
Roi Et Rajabhat University

ลัดดา พลพุดธา, อรทัย พงษ์แก้ว

Ladda Pholputta, Orathai Pongkaew

- ผลของการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของสามีหญิงตั้งครรภ์
ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น 1-15

The Effects of Motivational Enhancement on Smoking Cessation Behaviors among
Pregnant Women's Husbands Receiving Antenatal Care at Khon Kaen Hospital

ศุภจิรา สืบสีสุข, สุพัตรา กองเพชร

Supachira Suebseesook, Supatra Kongpechr

สารบัญ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น Health Literacy and Self-Management of Elderly with Hypertension in Sam Sung District, Khon Kaen Province hemachat neelasamith Hemachat Neelasamith	1-16
ผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ The Results of Development of care for patients with diabetes mellitus and hypertension using telemedicine technology, Non Suwan District Health Network Buriram Province Oraphat Viriyaudomsiri Oraphat Viriyaudomsiri	1-19
ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น KEY SUCCESS FACTORS AND COMMUNICATION AFFECTING THE NATIONAL HEALTH SECURITY OPERATION OF SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL DIRECTORS IN KHON KAEN PROVINCE Sirilak Seesombut Sirilak Seesombut	1-18
ความรอบรู้เพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ Literacy Comprehensive Sexuality Education (CSE) life Skill and Factors affecting sexual risk behaviors of High School Students in Prachuap Khiri Khan Province. Thanapanan Akharawirawat, Thassaporn Chusak, Pannee Banchonhattakit, Sutin Chanaboon	1-16

สารบัญ (ต่อ)

- การศึกษาการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว เพื่อกำหนด
นโยบายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและ
แรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข 1-18

A study on the Management of Migrant Health Insurance Scheme for policy making
on the Compensation of Medical Services in Migrant Health Insurance Scheme,
Ministry of Public Health

ณัฐนันท์ สุตะวงค์, ธมลพรรณ์ จินต์พงศ์

Nattanant Sutawong, Thamonphan Jinpong

- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่
ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียม
ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน 1-16

The development of Clinical Nursing Practice Guideline for Endovascular Aortic
Aneurysm Repair Patient

อัจฉราวรรณ นาเมืองจันทร์, วาสนา รวยสูงเนิน, ศศิอมรราช ส่งเสริมธเนศ,

นงลักษณ์ ชัยเสนา, สุภาพรณัฏ์ ตันตสุระ, ณัฐปภัสร์ โคตรหลักคำ, วินิจตรา อัดชู,

ชัยวัฒน์ ไชยภาค

Acharawun Namuangchan, Wasana Ruaisungnoen,

Sasiamara Songsermtaned, Nonglak Chaisena, Supaporn Tansura,

Natpaphat Khotlakum, Winitttra Utchoo, Chaiwat Chaayagad

- ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและฉุกเฉิน
เร่งด่วนที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 1-20

Factor related to the use of emergency medical services system who was acute critical
patients and emergency patients in Chumphae Hospital KhonKaen.

ชญาณิต ศรีรักษา, นรินทรทิพย์ พรหมภักดี, สิทธิพงษ์ ศรีประทุม

Chayanit Sriruksa, Narintip Prompukdee, Sittipong Siriprathum

ผลลัพธ์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กิตติพร กลิ่นขจร¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นที่ยอมรับและได้ผลดีกว่าผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่า ลดวันนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดเย็บซ่อมรูรั่วผ่านกล้อง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เดือนมกราคม 2564 ถึงธันวาคม 2566 จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกผลลัพธ์ของการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 81.00 ± 21.92 นาที ผ่าตัดแบบ 3 ports ร้อยละ 90 การปนเปื้อนในช่องท้องอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55 มัธยฐานปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัดเท่ากับ 10 ml. (Q1-Q3 : 5.5-10) ไม่พบการผ่าตัดซ้ำ พบผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบหลังผ่าตัดและปฏิเสธการรักษา 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด และพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 รายคิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่ง 1 รายเป็นรายเดียวกันกับผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบและปฏิเสธการรักษา ค่ามัธยฐานระยะเวลาที่รับรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน (Q1-Q3 : 5.5-7) สถานะเมื่อจำหน่ายเป็นปกติร้อยละ 95 ผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นหลังผ่าตัด 8 สัปดาห์ พบแผลเรื้อรังหายช้าร้อยละ 40 และติดเชื้อ *H. Pylori* ร้อยละ 55 การเย็บซ่อมรูรั่วในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุผ่านกล้องเป็นวิธีที่ปลอดภัย สามารถดำเนินการได้ในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีเครื่องมือพร้อม

คำสำคัญ: ผลในกระเพาะอาหาร, กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ, ผ่าตัดผ่านกล้อง

¹นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Corresponding Author; Kittiporn Klinechorn, Email: kit.pegasus@gmail.com

Received: March 15, 2024; Revised March 17, 2024; Accepted March 19, 2024

Outcome of Laparoscopic repair of perforated peptic and duodenal ulcer, Kalasin Hospital

Kittiporn Klincachorn¹

Abstract

Owing to advancements in surgical technique, laparoscopic surgery is widely used as a substitutional treatment for conventional open surgical repair because of less postoperative pain, reduced length of hospital stay, and early recovery. This retrospective descriptive study was conducted to demonstrate the outcomes of laparoscopic repair of peptic and duodenal ulcer perforation in Kalasin Hospital from January 2021 to December 2023. There were 20 enrollment cases. Data were reviewed and recorded by medical form and analyzed using descriptive statistics including percent, average, median, and standard deviation. For the results, the average operative time was 81.00 ± 21.92 minute, the most common procedure was trocar applied 3 ports (90%), 11 cases (55%) had a moderate degree of intra-abdominal contamination and estimated blood loss was 10 ml. (Q1-Q3: 5.5-10). No one underwent re-operation. Immediate post-operative complication was found in 1 case (5%) due to pneumonia, and the patient was against advice to treat. There were 2 patients (10%) who required a ventilator and ICU stay. Length of hospital stay was 6 days (Q1-Q3: 5.5 - 7). 19 patients (95%) were discharged with approval. After operative for 8 weeks, all patients were evaluated by EGD scope and mucosal biopsy. 11 patients had H. pylori infection (55%) and 8 patients had chronic ulcer (40%). Laparoscopic repair is an effective and feasible choice of perforated peptic/duodenal ulcer treatment pragmatical in center with specialists and appropriate devices.

Key word: Peptic ulcer, Peptic ulcer perforation, Laparoscopy

¹Medical Physician, Professional Level, Surgical Department, Kalasin Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคกระเพาะอาหาร หรือแผลในกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer disease) คือแผลที่เกิดบริเวณชั้นเยื่อบุทางเดินอาหาร (Mucosa) ของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้นที่ลึกจนถึงชั้นใต้เยื่อบุทางเดินอาหาร (Submucosa)¹ พบผู้ป่วยรายใหม่สำหรับโรคนี้ทั่วโลกประมาณ 4 ล้านคนต่อปี² มีสาเหตุหลักจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)^{3,4} การใช้ยาต้านการอักเสบกลุ่ม NSAID (Nonsteroidal anti-inflammatory drug)⁵ รวมถึงสาเหตุอื่น เช่น สูบบุหรี่ ยาแอสไพริน ความเครียด อดอาหาร ยาเคมีบำบัดบางตัว จนถึงการใช้สารสเตียรอยด์⁶ โดยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการทะลุของแผลในกระเพาะอาหารได้ร้อยละ 2 – 14⁶⁻⁸ ซึ่งภาวะกระเพาะอาหารทะลุ ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต หากได้รับการรักษาล่าช้า และไม่เหมาะสม และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอักเสบของเยื่อช่องท้อง (Diffuse peritonitis) ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และมีโอกาสเสียชีวิตสูง⁹

อาการนำของผู้ป่วยมักมาด้วยปวดท้องบริเวณท้องด้านบนทันที และปวดอย่างรุนแรง ซึ่งไม่ได้มีอาการที่จำเพาะกับตัวโรคโดยตรง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีไข้ เมื่อเกิดการทะลุของแผลในกระเพาะอาหารจนทำให้เกิดการรั่วของลมเศษอาหารในกระเพาะที่รับประทานเข้าไป

และน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนต้นผ่านทางรูทะลุ จะทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อช่องท้อง จนเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ จึงทำให้มีอาการปวดท้องรุนแรงทันที มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ร่วมกับมีอาการเกร็งของหน้าท้อง (Abdominal rigidity)⁶

การวินิจฉัยยังจำเป็นต้องสังเกตตรวจเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์ช่องท้อง ซึ่งจะพบภาวะลมรั่วในช่องท้องใต้กระบังลม (Free air under dome diaphragm)⁶ อย่างไรก็ตาม การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ยังมีความจำเป็นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ด้วยเอกซเรย์ช่องท้อง ซึ่งมีความแม่นยำในการวินิจฉัยได้ถึงร้อยละ 98¹⁰ การรักษาหลัก คือ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องผ่าตัด เช่น กระเพาะอาหารทะลุจากแผล เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Gastric ulcer bleeding) ทางเดินอาหารอุดตัน¹¹ โดยให้ยาลดการสร้างกรดในทางเดินอาหาร (Proton pump inhibitor) ร่วมกับการรักษาที่สาเหตุ เช่น ยารักษาการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) การงดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น พร้อมปรับพฤติกรรมผู้ป่วย (Lifestyle modification) และจึงทำให้ปัจจุบันมีการรักษาด้วยการผ่าตัดลดลง¹² อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดยังมีความสำคัญ ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหารทะลุ ซึ่งการผ่าตัดได้หลายวิธี เช่น เย็บซ่อมรูรั่วในกระเพาะอาหาร (Simple suture) ร่วมกับการนำเนื้อเยื่อ

Omentum มาเสริม¹³ หรือผ่าตัดเพื่อลดการสร้างกรดในกระเพาะอาหาร (Vagotomy) ร่วมกับตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยปัจจุบันการผ่าตัดเพื่อลดการสร้างกรดมีความนิยมลดลง เนื่องจากมียาที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการผ่าตัดเพื่อลดการสร้างกรด จึงทำให้ปัจจุบันนิยมใช้วิธียับยั้งกรดในกระเพาะอาหารและรับประทานยาต่อเนื่อง¹⁴ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนที่ไม่เหมาะสมที่จะรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง (Non-operative management)¹⁶ ในขณะที่ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) เพื่อรักษาโรคทางศัลยกรรม เช่น ถุงน้ำดีอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ติ่งได้รับความนิยมมากขึ้น แทนการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Laparotomy) เนื่องจากมีข้อดีคือ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก เจ็บแผลน้อยกว่า และผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง^{16,17} โดยพบรายงานการผ่าตัดรักษาแผลในกระเพาะอาหารทะลุผ่านกล้องครั้งแรกโดย Dr. P. Mouret et al. ในปี ค.ศ.1989¹⁸ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่า หากมีอายุการเกิน 24 ชม. หรืออายุมากกว่า 70 ปี มีภาวะความดันต่ำ ASA grade III และ IV (American Society of Anesthesiology) ถือว่ามีความเสี่ยงสูง ควรพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดโดยเปิดหน้าท้อง ซึ่งได้ผลลัพธ์ของการรักษาดีกว่า¹⁹

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุโดยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1. ผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีผ่าตัดและ ระดับการปนเปื้อนในช่องท้อง 2. ผลลัพธ์หลังผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด การเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ระยะเวลาที่รับรักษาในโรงพยาบาล สถานะเมื่อออกจากโรงพยาบาล และผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเย็บซ่อมรูรั่วผ่านกล้อง จำนวน 20 คน

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15-70 ปี ระดับความรู้สึกตัวเมื่อแรกรับเป็นปกติ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีประวัติได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องมาก่อน มีอาการก่อนมาถึงโรงพยาบาลเกิน 24 ชม. ความดันโลหิตเมื่อแรกรับน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ASA grade III และ IV (American Society of Anesthesiology) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ โดยการผ่าตัดเย็บซ่อมรูรั่วผ่านกล้องสืบค้นจากรัสโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ (ICD-10-CM) K255, K257, K265 รหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 4442 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกผลลัพธ์ของการผ่าตัด ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เลขที่ COA No. 026-2023E เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย (Result)

1. คุณลักษณะทั่วไป และคุณลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 60.35 ± 11.49 ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา คือ โรคตับแข็งจากการดื่มสุรา ร้อยละ 20 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15 โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 5 และ โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 5 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่แสดงอาการจนมาถึงโรงพยาบาล (Onset previous to hospital) เท่ากับ 6 ชั่วโมง (Q1-Q3: 4-16) มีประวัติเคยใช้ยาสเตียรอยด์หรือยาสมุนไพร (Steroid and herbal used) ร้อยละ 40 และประวัติเคยใช้ยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) ร้อยละ 40 2. ผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุผ่านกล้อง พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (Operative time) เฉลี่ย 81.00 ± 21.92 นาที ใช้การผ่าตัดแบบ 3 ports คิดเป็นร้อยละ 90 การปนเปื้อนในช่องท้องอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) คิดเป็นร้อยละ 55 ค่ามัธยฐานของปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด (Estimated blood loss) เท่ากับ 10 ml. (Q1-Q3: 5.5 - 10) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ(n=20 คน)

ผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัด	n	ร้อยละ
Operative procedure		
Laparoscopic	20	100.0
Operative time (min.), Mean ± SD	81.00 ± 21.92	
Number of port		
3 ports	18	90.0
4 ports	2	10.0
Estimated blood loss (ml.), Median (Q1-Q3)	10	(5.5 - 10)
Degree of contamination		
Mild	5	25.0
Moderate	11	55.0
Severe	4	20.0

ผลลัพธ์หลังผ่าตัดผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ไม่พบการผ่าตัดซ้ำ (Re-operation) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 30 วัน (30 days post-operative complication) ถึงร้อยละ 95, พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Immediately post-operative complication) ได้แก่ ปอดอักเสบ (Pneumonia) และปฏิเสธการรักษา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5, ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด (Post-operative ventilator use) พักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Need-ICU) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่ง 1 รายเป็นรายเดียวกัน

กับผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบและปฏิเสธการรักษา ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่รับรักษาในโรงพยาบาล (Length of hospital stay) เท่ากับ 6 วัน (Q1-Q3: 5.5 - 7) สถานะเมื่อจำหน่าย (Discharge status) เป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 95 ผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy: EGD หรือ Upper Endoscopy) หลังได้รับการผ่าตัดส่องกล้องที่ 8 สัปดาห์ (Post-operative EGD 8 weeks) พบแผลเรื้อรังหายช้า (Chronic ulcer) ร้อยละ 40 และติดเชื้อ *H. Pylori* ร้อยละ 55 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์หลังผ่าตัดผ่านกล้อง ในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ(n=20 คน)

ผลลัพธ์หลังผ่าตัด	n	ร้อยละ
Re-operation	0	0.0
Immediately post-operative complication		
No	19	95.0
Pneumonia	1	5.0
30 days post-operative complication		
No	19	95.0
Against advice	1	5.0
Post-operative ventilator use	2	10.0
Need-ICU	2	10.0
Length of hospital stay (days), Median (Q1-Q3)	6	(5.5 - 7)
Status discharge		
Normal	19	95.0
Against advice	1	5.0
Post-operative EGD 8 weeks		
No EGD	1	5.0
Chronic ulcer	8	40.0
H. pylori	11	55.0

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

ผลของการผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุผ่านกล้องโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 20 ราย ภายในระยะเวลา 2 ปี ประสบความสำเร็จในด้านของการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งโดยทั่วไปภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นหลังผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ การติดเชื้อค้ำอยู่ใน

ช่องท้อง (Intra-abdominal collection) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพที่ปอด (Post-operative lung complication)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ตับแข็งจากการดื่มสุราเรื้อรัง ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร ยาสเตียรอยด์ หรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบ

โดยการผ่าตัดเย็บซ่อมรูรั่วผ่านกล้องประสบความสำเร็จทุกราย ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 81 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสม ปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัดเฉลี่ย 10 มิลลิลิตร ซึ่งน้อยกว่าปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง หลังผ่าตัดสามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่าปกติ รวมถึงวันนอนโรงพยาบาลลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ตามปกติทุกราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัด เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง หรือมีรูรั่วซ้ำ (Leakage) ภายใน 30 วันหลังจากการรักษา อย่างไรก็ตาม พบผู้ป่วย 1 รายที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดร่วมกับพบภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบและปฏิเสธการรักษาต่อในโรงพยาบาลในระยะเวลาค่อย ๆ อธิบายได้ว่าภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการเป็นผู้ป่วยสูงอายุ คือ 78 ปี ร่วมกับมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตเสื่อมระยะที่ 4 ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และส่งผลต่อแนวโน้มของอัตราการตายที่สูงขึ้น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-99 ปีและได้รับการผ่าตัดจะมีอัตราการตายภายใน 1 ปี และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ระหว่างผ่าตัดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-89 ปี²⁰ นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุยังเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 8.47 เท่าของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมน้อยกว่า 3 โรค เป็นต้น²¹ ดังนั้น ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคสูงอายุ หรือมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลนานเกิน 24 ชม. ศัลยแพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดโดยการรักษาแบบผ่าตัดผ่านหน้าท้องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด⁶ สำหรับผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนหลังจากผ่าตัดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ที่ส่วนใหญ่พบการติดเชื้อแบคทีเรีย *H. Pylori* ถึงร้อยละ 55 ทั้งนี้เนื่องจากแผลกระเพาะอาหารส่วนใหญ่เป็นผลจากการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหารส่วน Antrum โดยการอักเสบนี้เป็นผลจากเชื้อ *H. Pylori* ที่อยู่ในกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรังมาก่อนจนเกิดภาวะกระเพาะทะลุ ซึ่งให้การรักษาต่อด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะ²²

ข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดเพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

และความปลอดภัยเทียบเท่ากับการผ่าตัด
เปิดหน้าท้อง นอกจากนี้ ข้อดีของการผ่าตัด
ผ่านกล้องยังช่วยยืนยันการวินิจฉัย ในรายที่
ยังให้การวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน(Uncertain
diagnosis) และพร้อมที่จะให้การรักษาโรค
ในภาวะอื่นได้ด้วย สามารถช่วยลดการผ่าตัด
เปิดหน้าท้องโดยไม่จำเป็นลงได้ จึงเป็น
ทางเลือกที่น่าสนใจของศัลยแพทย์ อย่างไรก็ตาม
ตาม อาจมีข้อจำกัดในด้านความพร้อมของ
เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดผ่านกล้อง และ
จำเป็นต้องกระทำโดยศัลยแพทย์ที่มีความ
เชี่ยวชาญ เนื่องจากการผ่าตัดในภาวะนี้มัก
เป็นกรณีฉุกเฉิน จึงยังเป็นการผ่าตัดที่ยังไม่
แพร่หลายในโรงพยาบาลต่างๆ จำนวนผู้ป่วย
ที่ได้รับการรักษาแผลในกระเพาะอาหารและ
ลำไส้เล็กส่วนต้นทะเลด้วยการผ่าตัดผ่าน
กล้องจึงมีน้อย ดังนั้น ควรสนับสนุนให้มีการ
รักษาด้วยวิธีนี้เพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์ และบุคลากร
กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทุก
ท่าน รวมทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้ข้อชี้แนะ ให้ความ
ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัย
นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician 2007; 76:1005-12.
2. Zelickson MS, Bronder CM, Johnson BL, et al. *Helicobacter pylori* is not the predominant etiology for peptic ulcers requiring operation. Am Surg 2011; 77:105.
3. Walsh JH, Peterson WL. The treatment of *Helicobacter pylori* infection in the management of peptic ulcer disease. N Engl J Med 1995; 333:984-91.
4. Childs S, Roberts A, Meineche-Schmidt V, de Wit N, Rubin G. The management of *Helicobacter pylori* infection in primary care: a systematic review of the literature. Fam Pract 2000; 17 Suppl 2:6-11.
5. McQuaid KR, Isenberg JI. Medical therapy of peptic ulcer disease. Surg Clin North Am 1992; 72:285-316.
6. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer an update. World J Gastro-intest Surg 2017;9:1.
7. Bertleff MJ, Lange JF. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. Surg Endosc 2010; 24:1231-9.

8. Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion* 2011; 84:102-13.
9. Bas G, Eryilmaz R, Okan I, et al. Risk Factors of Morbidity and Mortality in Patients with Perforated Peptic Ulcer. *Acta Chir Belg* 2008; 108:42.
10. Kim HC, Yang DM, Kim SW, et al. Gastrointestinal tract perforation: evaluation of MDCT according to perforation site and elapsed time. *Eur Radiol* 2014;24.
11. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. *Am Fam Physician* 2007; 76:1005-12.
12. Siu WT, Leong HT, Law BK, Chau CH, Li AC, FungKH. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 2002; 235:313-9.
13. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet* 2015; 386:12.
14. Ng EK, Lam YH, Sung JJ, Yung MY, To KF, Chan AC. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents re-currence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. *Ann Surg* 2000; 231:153-8.
15. Bucher P, Oulhaci W, Morel P, Ris F, Huber O. Results of conservative treatment for perforated gastroduodenal ulcers in patients not eligible for surgical repair. *Swiss Med Wkly* 2007; 137:337-40.
16. Dent TL. Training, credentialing, and evaluation in laparoscopic surgery. *Surg Clin North Am* 1992; 72:1003-11.
17. Soper NJ, Brunt LM, Kerbl K. Laparoscopic general surgery. *N Engl J Med* 1994; 330:409-19.
18. Mouret P, François Y, Vignal J, et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1990; 77:1006.
19. Lee FY, Leung KL, Lai BS, et al. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers. *Arch Surg* 2001; 136:90-4.
20. Kitridis, D., Tsikopoulos, K., Givissis, P & Chalidis, B. Mortality and complication rates in nonagenarians and octogenarians undergoing total hip and knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med.* 2023; 13(3):725-733. doi: 10.1007/s41999-022-00610-y
21. มลฤดี มาลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2558; 2(3); 92-102.
22. Huang Y, Wang QL, Cheng DD, et al. Adhesion and Invasion of Gastric Mucosa Epithelial Cells by *Helicobacter pylori*. *Front Cell Infect Microbiol* 2016;6:159

การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับหลังดื่มชาใบกัญชา และอาการไม่พึงประสงค์ในบุคลากรทางการแพทย์

ยุตธนา เปล่งวาจา¹

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับระหว่างวันที่ไม่มีการดื่มชาและวันที่มีการดื่มชาใบกัญชาจำนวน 2 ใบ 4 ใบ และ 6 ใบ และเพื่อศึกษาอาการไม่พึงประสงค์หลังดื่มในบุคลากรทางการแพทย์ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น อาสาสมัครจำนวน 63 คน ผ่านเกณฑ์คัดเลือก เข้าร่วมการทดลอง 4 วัน เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามการนอนหลับบริชาร์ดแคมป์เบลล์ และแบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ โดยวันที่หนึ่งเป็นการเก็บข้อมูลพื้นฐาน วันที่สองดื่มชาใบกัญชา 2 ใบ (น้ำหนักเฉลี่ย 0.75 ± 0.02 กรัม) วันที่สามดื่มชาใบกัญชา 4 ใบ (น้ำหนักเฉลี่ย 1.44 ± 0.03 กรัม) และวันที่สี่ดื่มชาใบกัญชา 6 ใบ (น้ำหนักเฉลี่ย 2.16 ± 0.03 กรัม) ประมาณ 30 นาทีก่อนเข้านอน โดยมีระยะพัก 1 สัปดาห์ระหว่างวันทดลอง ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.84) อายุเฉลี่ย 39.38 ± 7.54 ปี การวิเคราะห์พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคุณภาพการนอนหลับโดยรวมระหว่างวันที่ไม่มีการดื่มชาและวันที่ดื่มชาใบกัญชา 2 ใบ (ผลต่างค่ามัธยฐาน 3.35, 95%CI: 1.60-8.04, p-value = 0.0003) วันที่ดื่มชาใบกัญชา 4 ใบ (ผลต่างค่าเฉลี่ย 5.23 ± 14.68 , 95%CI: 1.53-8.93, p-value = 0.0063) วันที่ดื่มชาใบกัญชา 6 ใบ (ผลต่างค่าเฉลี่ย 9.12 ± 1.64 , 95%CI: 5.85-12.39, p-value = 0.0001) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในวันที่ดื่มชาใบกัญชา 2 ใบ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 20.63) วันที่ดื่มชาใบกัญชา 4 ใบ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 19.05) วันที่ดื่มชาใบกัญชา 6 ใบ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 23.81) โดยส่วนใหญ่เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงของระบบประสาทและระบบทางเดินอาหาร

คำสำคัญ: ชาใบกัญชา, การนอนหลับ, อาการไม่พึงประสงค์

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง

Corresponding Author; Yuttana Plangvaja, Email: yuttana23548@gmail.com

Received: March 17, 2024; Revised March 19, 2024; Accepted April 30, 2024

Sleep Quality Comparison after Drinking Cannabis Leave Tea and Its Side Effects in Healthcare Staff

Yuttana Plangvaja¹

Abstract

This quasi-experimental trial aimed to compare the sleep quality of healthcare staff drinking different concentrations of cannabis leaf tea and to study its side effects. 63 healthcare staff, working in government health facilities in Khaosuankwang, Khon Kaen, volunteered in a four-day trial. The instruments were the Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) and a side effects questionnaire. On the first day, baseline data of the volunteers was collected. The volunteers drank tea made of two cannabis leaves (0.75 ± 0.02 gram), four cannabis leaves (1.44 ± 0.03 gram), and six cannabis leaves (2.16 ± 0.03 gram) approximately 30 minutes before bed on the second, the third, and the fourth day, respectively. There was a 7-day washout period between each trial day. The finding showed that most volunteers were female (69.84%) and the average age was 39.38 ± 7.54 years old. The global sleep scores between the first day and other three trial days were significantly different (median diff 3.35, 95%CI: 1.60-8.04, p-value = 0.0003, mean diff 5.23 ± 14.68 , 95%CI: 1.53-8.93, p-value = 0.0063, and mean diff 9.12 ± 1.64 , 95%CI: 5.85-12.39, p-value = 0.0001 respectively). Thirteen volunteers (20.63%) reported side effects after drinking two-leaf cannabis tea. Twelve volunteers (19.05%) reported the side effects after drinking four-leaf cannabis tea. Fifteen volunteers (23.81%) reported the side effects after drinking six-leaf cannabis tea. Most side effects were minor and associated with the nervous system, followed by the gastrointestinal tract system.

Keywords: Cannabis leaf tea, sleep, side effect

¹Medical Physician, Professional Level, Khao Suan Kwang Hospital

บทนำ

การนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานในแต่ละวัน¹ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 30 ของประชากรวัยผู้ใหญ่จะเคยประสบปัญหาการนอนหลับ² ซึ่งการหลับยาก การหลับตื่นๆ การตื่นก่อนเวลาในช่วงเช้า เป็นปัญหาการนอนหลับที่พบได้บ่อยในบางอาชีพ โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นหนึ่งในกลุ่มอาชีพที่เสี่ยงต่อการนอนไม่เพียงพอ ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความชุกสูงในกลุ่มพยาบาล (ร้อยละ 64.2³ และ 85.5⁴) คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ ความอ่อนล้าระหว่างวัน ภูมิคุ้มกันต่ำ อาการหลงลืม การสูญเสียสมาธิ และอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย² ในการจัดการปัญหาการนอนหลับนั้นมียาที่ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยไม่นานมานี้ การศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารธรรมชาติช่วยในการนอนหลับบ่งชี้ว่าให้ผลลัพธ์ที่ดี¹

ในหลายประเทศ มีการดื่มชาใบกัญชาเพื่อบรรเทาหวัดและลดความเครียด⁵ การวิจัยเกี่ยวกับกัญชามุ่งศึกษาสารในกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) โดยเฉพาะเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) ซึ่งออกฤทธิ์

มาและส่งผลต่อระบบประสาท และแคนนาบิไดโอด (Cannabidiol: CBD) ซึ่งออกฤทธิ์คลายวิตกกังวล⁶ สารแคนนาบินอยด์มีคุณสมบัติทางการแพทย์หลายประการ ร่างกายมนุษย์เองมีการสร้างสารแคนนาบินอยด์เช่นเดียวกัน โดยเรียกว่าเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoids) และเป็นสารที่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับเนื่องจากสามารถไปจับกับตัวรับแคนนาบินอยด์ (Cannabinoid receptor: CB1) และทำปฏิกิริยากับโอเรกซิน (Orexin) ในสมองส่วนกลาง⁷ โดยทั่วไปในกัญชาจะมีสารแคนนาบินอยด์อยู่ที่ร้อยละ 3-16 ของน้ำหนักแห้ง และมักพบ THC มากกว่า CBD⁸ อย่างไรก็ตาม ปริมาณสารจะแตกต่างกันไปตามสายพันธุ์, อายุของต้นกัญชา รวมถึงส่วนต่างๆของต้น ซึ่ง THC อาจพบได้สูงถึงร้อยละ 17.3 ในส่วนของช่อดอกเพศเมีย โดยในสายพันธุ์หางกระรอกภูพาน ST1 เมื่อต้นอายุ 2 เดือนมี THC ในใบร้อยละ 1-6 โดยน้ำหนัก และมี CBD ในใบร้อยละ 1-1.5 โดยน้ำหนัก⁹

มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับความสามารถของสารสกัดจากกัญชาในการลดอาการปวดและช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเรื้อรังนอนหลับง่ายขึ้น¹⁰ แม้การศึกษาเกี่ยวกับผลของกัญชาต่อการนอนหลับค่อนข้างมีข้อจำกัด เนื่องจากในหลาย

ประเทศจัดให้กัญชาเป็นสารเสพติด มีการทดลองทางคลินิกที่สรุปผลว่าสารสกัดจากกัญชาสามารถช่วยลดระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับให้สั้นลง¹¹ แต่อย่างไรก็ดี มีหลักฐานบ่งชี้ว่าสารแคนนาบินอยด์ในกัญชานั้น หากใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอนหลับที่ไม่ดี¹² นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของกัญชา ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการหรือในกลุ่มผู้เสพติด โดยผู้ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จนถึงต้องได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้กัญชาในรูปแบบของการสูดควันหรือใช้สารสกัดเข้มข้นผ่านการหยดใต้ลิ้น¹³ ข้อมูลการศึกษาในปัจจุบันยังคงไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสามารถของกัญชาเพื่อช่วยในการนอนหลับ การวิจัยที่ทดลองครั้งนี้ประยุกต์แนวทางการใช้กัญชาเพื่อช่วยในการนอนหลับ¹⁴ ของสถาบันกัญชาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยแนะนำให้ใช้ในส่วนของใบ ซึ่งค่อนข้างมีความปลอดภัยกว่าการใช้ส่วนอื่นของต้นกัญชา โดยเฉพาะช่อดอกที่มีปริมาณสารแคนนาบินอยด์ค่อนข้างสูง ผู้วิจัยคาดว่าผลจากการวิจัยครั้งนี้จะมีส่วนช่วยเพิ่มเติมช่องว่างของความรู้ และเป็นพื้นฐานนำไปสู่การวิจัยในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับโดยรวมระหว่างวันที่ไม่มีการดื่มชาใบกัญชา วันที่ดื่มชาใบกัญชา 2 ใบ วันที่ดื่มชาใบกัญชา 4 ใบ และวันที่ดื่มชาใบกัญชา 6 ใบ ในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในองค์กรภาครัฐ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังดื่มชาใบกัญชา ในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในองค์กรภาครัฐ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและอาสาสมัคร
การวิจัยกึ่งทดลองทางคลินิกแบบ 1 กลุ่มนี้ เริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2565 ใช้การประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมการทดลองด้วยหลักการความสมัครใจและไม่มีค่าตอบแทน กลุ่มประชากรเป้าหมายคือบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในองค์กรภาครัฐ พื้นที่อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 195 คน¹⁵ โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกดังนี้ มีอายุระหว่าง 25-60 ปี ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา ใน 1 เดือนที่ผ่านมาเคยมีปัญหานอนหลับยากหรือนอนหลับไม่สนิท ไม่มีประวัติแพ้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา ไม่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

ไม่เป็นโรคจิตเวชหรืออยู่ระหว่างการใช้ยาที่มีผลต่อระบบจิตประสาท ไม่เป็นโรคไตหรือการทำงานของไตผิดปกติ ไม่เป็นโรคไทรอยด์หรือการทำงานของไทรอยด์ผิดปกติ ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์หรือวางแผนตั้งครรภ์ มีเกณฑ์ให้ออกจากการวิจัยดังนี้

อาสาสมัครต้องการถอนตัวจากโครงการโดยสมัครใจ มีอาการแพ้หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์เฉียบพลันจากซาบาแกมมา หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามขั้นตอน

เครื่องมือวิจัย การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามการนอนหลับริชาร์ดแคมป์เบลล์ (Richard-Campbell Sleep Questionnaire: RCSQ) เพื่อประเมิน

ตารางที่ 1 น้ำหนักซาบาแกมมา

ปริมาณซาบาแกมมา	น้ำหนักซาบาแกมมา (กรัม)
2 ใบ	0.75±0.02
4 ใบ	1.44±0.03
6 ใบ	2.16±0.03

อาสาสมัครจะได้รับคำแนะนำในการใช้อุปกรณ์ชั่งซาบาแกมมาที่บ้านซึ่งประกอบด้วย ถังน้ำร้อนไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ ขวดน้ำดื่ม 500 มิลลิลิตร แก้วกระดาษขนาด 6 ออนซ์ และถุงซาบาแกมมา อาสาสมัครได้รับคำแนะนำให้ดื่ม

คุณภาพการนอนหลับ ซาบาแกมมาจากใบกัญชาสายพันธุ์ทางกระรอกภูพาน ST1 จากแปลงปลูกของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ซึ่งใช้วิธีการปลูกแบบกลางแจ้ง⁹ โดยการเพาะเมล็ด จนต้นกัญชาอายุ 2 เดือน ทำการเก็บใบที่มีความยาว 7-9 เซนติเมตร และมีความกว้าง 0.7-0.9 เซนติเมตร นำใบซาบาแกมมาไปผึ่งแห้งในที่ร่มมีลมถ่ายเท 1 อาทิตย์ และผ่านกระบวนการดีคาร์บอกซิเลชัน (Decarboxylation) ด้วยการคั่วแห้งในกระทะร้อนที่อุณหภูมิ 130-150 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 12 นาที ซึ่งน้ำหนักซาบาแกมมาบรรจุลงของเยื่อกระดาษ 3 ขนาด โดยมีน้ำหนักซาบาแกมมาเฉลี่ยดังตารางที่ 1

ซาบาแกมมา 30 นาทีโดยประมาณ เพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจมีผลต่อการนอนหลับ อาสาสมัครจะได้รับคำแนะนำให้งดซาบาแกมมา เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลัง 13.00 น. ในวันทดลองรวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรืออาหารที่อาจทำให้ท้องเสีย หลีกเลี่ยงการทาน

ผลไม้น้ำหรือน้ำในปริมาณมากที่อาจทำให้ตื่นมาปัสสาวะกลางดึก ทานอาหารมื้อเย็นประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน เตรียมห้องนอนให้มีสภาพเดิมในช่วงระหว่างการทดลองรวมทั้งทำกิจกรรมประจำวันให้ใกล้เคียงกัน ดื่มน้ำให้พออิ่ม ปิดโทรทัศน์และปิดไฟก่อนเข้านอน การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งประยุกต์จากแบบสอบถามผลกระทบและอาการไม่พึงประสงค์จากโครงการวิจัยการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาหมักของเขตสุขภาพที่ 8

การเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ 1 อาสาสมัครได้รับการซักประวัติทางการแพทย์และเก็บข้อมูลประจำตัว ได้แก่ วันเดือนปีเกิด น้ำหนัก ส่วนสูง และประเมินคุณภาพการนอนหลับเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน เข้าพบแพทย์เพื่อประเมินร่างกายทั่วไป อาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจะเข้ารับการทดสอบดื่มชาใบกัญชาในปริมาณต่ำ (0.36-0.52 กรัม) และนั่งในห้องสังเกตอาการ 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น อาสาสมัครจะได้รับการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมการทดลองในครั้งต่อไป วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 จะห่างกัน 7 วันเพื่อให้มีระยะพัก (Washout period)

โดยปริมาณชาใบกัญชาจะเริ่มจาก 2 ใบ 4 ใบ และ 6 ใบ ตามลำดับ อาสาสมัครชงชาดื่ม 30 นาทีก่อนนอน และทำแบบสอบถามการนอนหลับริชาร์ดแคมป์เบลล์ในวันรุ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษานี้ใช้ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ในการพรรณนาข้อมูล ใช้การทดสอบแบบที่ (Paired T test) ในการอนุมานผลต่างค่าเฉลี่ยและช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และในกรณีที่มีการละเมิดข้อตกลงใช้การทดสอบวิลคอกสันแบบให้เครื่องหมายลำดับคู่ (Wilcoxon Matched-pairs Signed-ranks test) ในการอนุมานผลต่างค่ามัธยฐาน

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่อ้างอิง COE 025/2565, REC 049/2565 และลงทะเบียนการวิจัยในมนุษย์ที่ Thai Clinical Trial Registry (TCTR20221001008)

ผลการวิจัย

มีบุคลากรทางการแพทย์แสดงความจำนงค์เข้าร่วมการทดลองทั้งสิ้น 80 คน โดยไม่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเนื่องจากอายุน้อย

กว่าเกณฑ์ 2 คน และมีโรคประจำตัว 1 คน
ก่อนการทดลองเสร็จสิ้น มีอาสาสมัคร
ต้องการยุติถอนตัว 9 คน และมีอาสาสมัคร
เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามขั้นตอน 5 คน

ดังนั้นจึงมีอาสาสมัครร่วมการทดลองและมี
ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 63 คน โดยลำดับ
ขั้นตอนการทดลองแสดงในภาพที่



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทดลอง

อาสาสมัครในการทดลองนี้ มีอายุ
เฉลี่ย 39.38 ± 7.54 ปี โดยจัดอยู่ในกลุ่มวัย
กลางคน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็น

ร้อยละ 69.84 และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายจัด
อยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน (24.21 ± 3.92) โดย
รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะอาสาสมัคร

คุณลักษณะ	จำนวน(ร้อยละ)	mean $\pm$ sd	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
อายุ (ปี)		39.38 $\pm$ 7.54	23	58
เพศ				
หญิง	44 (69.84)			
ชาย	19 (30.16)			
น้ำหนักมวลกาย		24.21 $\pm$ 3.92	17.57	33.43

แบบสอบถามการนอนหลับ
ริชาร์ดแคมป์เบลล์ การวิเคราะห์แยกใน
 รายมิติคุณภาพการนอนหลับทั้ง 5 ด้าน
 พบว่า ค่ามัธยฐานการหลับลึกในวันที่มีการ
 ตื่นชวไปกัญชาทั้ง 3 วันมีความแตกต่างอย่าง
 มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับวัน
 เก็บข้อมูลพื้นฐานซึ่งไม่มีการตื่นชว ในส่วน
 ของความเร็วในการหลับพบแนวโน้มค่าเฉลี่ย
 สูงขึ้นตามจำนวนใบชา แต่มีเพียงวันที่มีการ
 ตื่นชวไปกัญชา 4 ใบ และ 6 ใบ เท่านั้น
 ที่ค่ามัธยฐานแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติเมื่อเปรียบเทียบกับวันที่ไม่มีการตื่นชว
 พบแนวโน้มค่าเฉลี่ยการตื่นระหว่างหลับ

สูงขึ้นตามจำนวนใบชา และมีความแตกต่าง
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่ามัธยฐานใน
 วันที่มีการตื่นชวไปกัญชาทั้ง 3 วันกับวันที่ไม่
 มีการตื่นชว ในส่วนของความสามารถในการ
 กลับไปหลับต่อมีเพียงวันที่ตื่นชวไปกัญชา
 6 ใบเท่านั้นที่ค่ามัธยฐานแตกต่างอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติกับวันที่ไม่มีการตื่นชว
 และค่ามัธยฐานประสิทธิภาพการนอนในวันที่
 มีการตื่นชวไปกัญชาทั้ง 3 วันมีความแตกต่าง
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับ
 กับวันที่ไม่มีการตื่นชว รายละเอียดแสดงใน
 ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แบบสอบถามการนอนหลับริชาร์ดแคมป์เบลล์

วันทดลอง	mean±sd	ค่ามัธยฐาน	ค่ามัธยฐาน ของผลต่าง	95%CI	p-value*
การหลับลึก					
วันที่ 1 ไม่มีการตื่นชว	5.12±3.19	5			
วันที่ 2 ชา 2 ใบ	7.17±2.55	8.1	1.2	0.52-2.50	0.0000
วันที่ 3 ชา 4 ใบ	6.94±2.52	7.8	1.5	0.82-2.48	0.0001
วันที่ 4 ชา 6 ใบ	8.17±1.84	8.7	2.5	1.30-4.45	0.0000
ความเร็วในการหลับ					
วันที่ 1 ไม่มีการตื่นชว	5.85±3.13	6			
วันที่ 2 ชา 2 ใบ	6.55±2.61	7.2	0.20	0.01-0.86	0.0734
วันที่ 3 ชา 4 ใบ	6.98±2.49	7.7	0.80	0.02-1.86	0.0280
วันที่ 4 ชา 6 ใบ	7.46±2.45	8.5	1	0.30-2.29	0.0001
การตื่นระหว่างหลับ					
วันที่ 1 ไม่มีการตื่นชว	6.34±3.03	7.5			
วันที่ 2 ชา 2 ใบ	7.53±2.44	8.2	1.1	0.17-1.48	0.0005
วันที่ 3 ชา 4 ใบ	7.54±2.20	8.35	1.0	0-1.89	0.0093
วันที่ 4 ชา 6 ใบ	8.15±1.92	8.8	1.0	0.30-2.04	0.0000

วันที่ทดลอง	mean±sd	ค่ามัธยฐาน	ค่ามัธยฐาน ของผลต่าง	95%CI	p-value*
ความสามารถในการกลับไปหลับต่อ					
วันที่ 1 ไม่มีการดื่มชา	7.12±2.80	8.0			
วันที่ 2 ชา 2 ใบ	7.56±2.68	8.5	0.05	0.34-0.57	0.2870
วันที่ 3 ชา 4 ใบ	7.27±2.60	8.4	0.20	0.27-0.40	0.3940
วันที่ 4 ชา 6 ใบ	8.07±1.88	8.7	0.50	0.09-0.88	0.0126
ประสิทธิภาพการนอน					
วันที่ 1 ไม่มีการดื่มชา	6.53±3.04	7.7			
วันที่ 2 ชา 2 ใบ	7.68±2.36	8.5	0.35	0.10-1.00	0.0075
วันที่ 3 ชา 4 ใบ	7.45±2.35	8.4	0.30	0.10-1.60	0.0471
วันที่ 4 ชา 6 ใบ	8.22±1.79	8.8	0.80	0.21-1.92	0.0001

การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับโดยรวม ผลการวิเคราะห์พบว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมในวันที่มีการ

ดื่มชาใบกัญชาทั้ง 3 วัน แตกต่างจากวันที่ไม่มีการดื่มชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

วันที่ทดลอง	mean±sd	ค่าเฉลี่ยของ ผลต่าง	ค่ามัธยฐาน ของผลต่าง	95%CI	p-value
วันที่ 1 ไม่มีการดื่มชา	30.96±13.17				
วันที่ 2 ชา 2 ใบ	36.48±10.27	-	3.35	1.60-8.04	0.0003*
วันที่ 3 ชา 4 ใบ	36.19±10.21	5.23±14.68	-	1.53-8.93	0.0063**
วันที่ 4 ชา 6 ใบ	40.08±7.82	9.12±1.64	-	5.85-12.39	0.0001**

หมายเหตุ: * Wilcoxon Matched-pairs Signed-ranks test ** Paired T-test

อาการไม่พึงประสงค์หลังดื่มชาใบกัญชา วันที่มีดื่มชาใบกัญชา 6 ใบ มีอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังดื่มมากที่สุด (ร้อยละ 23.81) ในขณะที่วันที่มีการดื่มชาใบกัญชา 2 ใบและ 4 ใบ มีอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังดื่มที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 20.63 และ 19.05 ตามลำดับ) โดยในวันที่มีการดื่มชาใบกัญชา 2 ใบ

เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังดื่มแบบอื่นๆ มากที่สุด โดยมีอาการนอนหลับยาก 3 ราย นอนหลับไม่สนิท 1 ราย และอาการปวดขมับ 1 ราย ในวันที่มีการดื่มชาใบกัญชา 4 ใบ มีอาสาสมัครเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารมากที่สุด โดยมีอาการปากและคอแห้งหลังตื่นในตอนเช้า 4 ราย แน่นท้องอืดท้อง 1 ราย และน้ำลายออกมาก

หลังดื่มชา 1 ราย ในวันที่มีการดื่มชาใบ
กัญชา 6 ใบ มีอาสาสมัครเกิดอาการไม่พึง
ประสงค์ต่อระบบประสาทและระบบทางเดิน
อาหารมากที่สุด โดยมีการมึนงงเวียนหลัง
ดื่ม 5 ราย มีอาการปากและคอแห้งหลังตื่นใน
ตอนเช้า 5 ราย รู้สึกล้อ่อนเพลีย 1 ราย

ตารางที่ 5 อาการไม่พึงประสงค์หลังดื่มชาใบกัญชา

วันทดลอง	อาการไม่พึงประสงค์		ระบบ			
	ไม่เกิด	เกิด	ประสาท	หัวใจ หลอด เลือด	ทางเดิน อาหาร	อื่นๆ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)				
วันที่ 1 ไม่มีการดื่มชา	-	-	-	-	-	-
วันที่ 2 ชา 2 ใบ	50(79.37)	13(20.63)	3(4.76)	2(3.17)	3(4.76)	5(7.94)
วันที่ 3 ชา 4 ใบ	51(80.95)	12(19.05)	3(4.76)	1(1.59)	6(9.52)	2(3.17)
วันที่ 4 ชา 6 ใบ	48(76.19)	15(23.81)	6(9.52)	3(4.76)	6(9.52)	0(0.00)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ในการทดลองนี้ มีอาสาสมัคร 9 คน
แสดงความจำนงค์ขอถอนตัวหลังจากวันที่ 1
เก็บข้อมูลพื้นฐาน โดยทั้ง 9 คน ได้ผ่านการ
ทดสอบดื่มชาใบกัญชาในปริมาณน้อยเพื่อ
ประเมินอาการแพ้และไม่เกิดอาการไม่พึง
ประสงค์รุนแรงใดๆ ส่วนเหตุผลในการถอนตัว
นั้นส่วนใหญ่ระบุว่า เป็นความกังวล เนื่องจาก
ในวันทดลองจริงชาจะมีการดื่มชาที่มีปริมาณ
ใบกัญชามากขึ้นซึ่งอาจทำให้เกิดอาการ
มึนเมาได้ จึงเลือกที่จะยุติถอนตัวออกจาก
การทดลอง นอกจากนี้มีอาสาสมัคร 5 คน
ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ครบตาม

และมีอาการปวดท้องถ่ายกลางดึก 1 ราย
อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดไม่
รุนแรง ไม่มีอาสาสมัครที่จำเป็นต้องเข้ารับ
การรักษาแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ และ
อาการทั้งหมดหายเป็นปกติ รายละเอียด
แสดงในตารางที่ 5

ขั้นตอนที่กำหนด จึงเข้าข่ายเกณฑ์ให้ออก
จากโครงการวิจัย เป็นที่ทราบกันดีในว่า
กัญชาถูกนำมาใช้เป็นส่วนประกอบอาหารมา
ช้านาน รวมถึงถูกใช้เป็นส่วนประกอบของยา
แผนโบราณ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับ
การใช้กัญชาเพื่อช่วยในการการนอนหลับที่
ผ่านมานั้นค่อนข้างมีข้อจำกัด ผลการวิจัยใน
ครั้งนี้พบว่า คุณภาพการนอนหลับโดยรวม
ของอาสาสมัครที่ดื่มชาใบกัญชา 2 ใบ 4 ใบ
และ 6 ใบ ดีกว่าวันที่ไม่ได้ดื่มชา ซึ่งสอดคล้อง
กับการวิจัยก่อนหน้านี้ในอาสาสมัครที่มี
ปัญหาการนอนหลับ โดยพบว่าการดื่มชาที่มี
ส่วนผสมของกัญชาร้อยละ 5 และร้อยละ 7

มีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับให้ดีขึ้น¹⁶ และสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ใช้สารสกัดจากกัญชาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น¹⁷ นอกจากนี้ การวิเคราะห์แบบสอบถามการนอนหลับบริหารดัดแคมป์เบลล์ แยกในรายมิติคุณภาพทั้ง 5 ด้าน พบว่าปริมาณใบชาที่มากขึ้นอาจมีผลโดยตรงต่อมิติคุณภาพ โดยอาสาสมัครรู้สึกว่าการสูดดมกัญชาทำให้หลับลึกขึ้น, หลับได้เร็วขึ้น, กลับไปนอนหลับได้มากกว่า และมีประสิทธิภาพการนอนที่สูงกว่า แต่อย่างไรก็ดี ผลการวิเคราะห์บ่งชี้ว่าอาสาสมัครรู้สึกถึงการตื่นระหว่างนอนมากขึ้นตามปริมาณใบชา ซึ่งการตื่นระหว่างนอนที่บ่อยครั้งสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับหากเกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามีรายงานถึงคุณภาพการนอนหลับที่ลดลงและระยะเวลานอนรวมที่ลดลงหากมีการใช้กัญชาเป็นระยะเวลานาน^{12,18} การเปลี่ยนแปลงคุณภาพการนอนหลับหลังดื่มชาใบกัญชาอาจเป็นผลมาจากการที่ร่างกายได้รับสารแคนนาบินอยด์จากพืช (Phytocannabinoids) เป็นเหมือนการเพิ่มการส่งสัญญาณสารแคนนาบินอยด์ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เคลิ้มสงบจึงอาจมีบทบาทในการชักนำให้อาสาสมัครหลับเร็วขึ้นหรือกลับไปหลับได้ง่ายขึ้น

รู้สึกสงบสบายมีช่วงการนอนที่รู้สึกว่ารลหลับได้ลึก แต่ในขณะเดียวกันสารแคนนาบินอยด์ก็อาจทำให้อาสาสมัครรู้สึกกระสับกระส่ายจนมีช่วงการนอนที่รู้สึกตัวตื่นระหว่างหลับแม้รายงานผลการวิจัยก่อนหน้านี้สรุปว่าการดื่มชาที่มีส่วนผสมของกัญชาในความเข้มข้นต่างๆกันไม่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์¹⁶ แต่ในการศึกษานี้ พบว่ามีการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังดื่มชาใบกัญชา โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการของระบบประสาทและระบบทางเดินอาหาร และส่วนน้อยเป็นกลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม ชาที่ทำจากใบกัญชาผ่านความร้อนแบบแห้งน้ำหนักประมาณ 1-2 กรัม ที่ใช้ในการวิจัยนี้ค่อนข้างมีความปลอดภัย โดยประเมินจากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นทั้งหมดเป็นแบบชั่วคราว ไม่รุนแรงและหายได้เอง ซึ่งอาจเป็นเพราะชาในการวิจัยนี้ทำมาจากส่วนใบซึ่งมีปริมาณสารแคนนาบินอยด์ที่ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับส่วนอื่น ข้อมูลจากการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้พบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ใช้กัญชา¹³ อย่างไรก็ตาม แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีรายงานของการเสียชีวิตจากการใช้กัญชาเกินขนาดแต่ผลกระทบจากการใช้กัญชาจนก่อให้เกิดการเสียชีวิตยังไม่มีการศึกษาที่เพียงพอ⁸ การใช้มาตรฐาน

น้ำหนักใบชาแทนการวัดปริมาณสารแคนนาบินอยด์เป็นข้อจำกัดหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ ใบที่ใช้ชงชาเก็บจากต้นกัญชาสายพันธุ์ทางกระรอกภูพาน ST1 ซึ่งมีสัดส่วนของสาร THC ต่อ CBD ที่ใกล้เคียงกัน⁹ โดยผลการศึกษาที่แปลงปลูกจังหวัดสกลนคร พบว่า ต้นกัญชาสายพันธุ์นี้เมื่ออายุ 2 เดือนจะมี THC ในใบสูงกว่าต้นกัญชาอายุ 1 เดือน โดยพบปริมาณ THC ในใบอ่อนเกือบร้อยละ 6 โดยน้ำหนัก และปริมาณจะลดลงในใบเพสลาดและใบแก่ตามลำดับ ในขณะที่ต้นกัญชาที่อายุ 2 เดือนจะมี CBD ในใบต่ำกว่าต้นกัญชาอายุ 1 เดือนเพียงเล็กน้อย โดยมีปริมาณ CBD ในใบอ่อนเกือบร้อยละ 1.5 โดยน้ำหนัก และเช่นเดียวกันปริมาณ CBD จะลดลงในใบเพสลาดและใบอ่อนตามลำดับ⁹ การนำกัญชามาใช้เพื่อผลทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจมี THC มากจนก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ร้ายแรงต่อระบบจิตประสาท อย่างไรก็ตาม ในทวีปยุโรปซึ่งมีการอนุญาตให้ผสมกัญชาในอาหารได้อย่างแพร่หลาย⁵ เคยรายงานว่ใบกัญชาที่ใช้ทำชา นั้นมี THC ที่สูงมากถึง 1,020-5,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม จนทำให้ชาใบกัญชา นั้นมีความเข้มข้นของสารแคนนาบินอยด์สูงถึง 1.0-2.4 มิลลิกรัมต่อลิตร²⁰ ปัจจุบันกระบวนการเตรียมชาใบกัญชายังไม่มี

มาตรฐานที่ชัดเจนหรือเป็นสากล ตลอดจนการวิเคราะห์สารแคนนาบินอยด์ในชาที่ชงแล้วยังดำเนินการได้ยาก ความแตกต่างของสารแคนนาบินอยด์ที่ตรวจพบก่อนและหลังการชงเป็นชาเป็นผลรวมของความสามารถในการละลาย, การถูกดูดซึมโดยอนุภาคในสารละลาย, การย่อยสลายตกตะกอน รวมถึงการจับกับพื้นผิวภาชนะ²¹ การศึกษาสารแคนนาบินอยด์ในการชงชาใบกัญชา 6 วิธี⁵ พบว่า ความแปรปรวนในองค์ประกอบของชาค่อนข้างต่ำโดยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 15 และมีปริมาณสาร THC เฉลี่ยอยู่ที่ 0.01 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร หากวิธีการชงมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากหรือไม่น้อยจนเกินไปก็อาจไม่ส่งผลต่อองค์ประกอบของชาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าชาใบกัญชา นั้นมีศักยภาพที่จำกัดโดยอาจขึ้นอยู่กับความอึดตัวของ THC⁵ การนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ควรดำเนินการภายใต้การควบคุมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์และควรพิจารณาถึงเงื่อนไขตลอดจนบริบทต่างๆ ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย สายพันธุ์กัญชา วิธีปลูก หรือกระบวนการเตรียมใบชา นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงประเด็นที่ร่างกายมนุษย์เองมีระบบกัญชา (Endocannabinoid system) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำงานของร่างกาย

ที่สำคัญอีกหลายระบบ การนำกัญชามาใช้เพื่อผลประโยชน์ทางสุขภาพ จึงสมควรทำในลักษณะของการจัดการปรับสมดุลของระบบกัญชาในร่างกาย¹⁹ และคำนึงผลดีผลเสียรวมถึงผลกระทบต่อระบบการทำงานอื่นๆ นอกจากการนอนหลับด้วย อนึ่ง การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การไม่ทราบปริมาณที่แน่นอนของสารแคนนาบินอยด์ทั้ง THC และ CBD ในชา และการขาดการควบคุมตัวแปรอื่นๆ เช่น เพศ อายุ เป็นต้น ซึ่งการศึกษาในระยะต่อไปควรมีการออกแบบการทดลองเพื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Rao TP, Ozeki M, Juneja LR. In search of a safe natural sleep aid. J Am Coll Nutr. 2015;34(5):436-4
2. กัญญามาศ ศิลารักษ์. ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):1097-108.
3. สุทธิ คงนันทะ. ปัญหาคุณภาพการนอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาล โรงพยาบาลบ้านด่าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;37(3):609-19.
4. นิจวรรณ เกิดเจริญ, ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, ชัญญวัชร เติมพร้อมเย็น, ชิตพิพัทธ์ เจริญนพคุณศรี, ณัฐฐา ธิติศักดิ์, นทีธร อิมเอิบปฐม และคณะ. ปัจจัยด้านการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2563;64(1):41-58.
5. Hazekamp A, Bastola K, Rashidi H, Bender J, Verpoorte R. Cannabis tea revisited: a systematic evaluation of the cannabinoid composition of cannabis tea. J Ethnopharmacol. 2007;113(1):85-90.
6. Iseger TA, Bossong MG. A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. Schizophr Res. 2015;162(1-3):153-61.
7. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ณัฐวิรัตน์ อเนกวิทย์. การใช้สารสกัดกัญชาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(1):7-9.
8. กนกอร บุญพิทักษ์. กัญชากัญชาทางการแพทย์ประโยชน์และโทษ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ Feel Good;2565.

9. สรพพร มาสุต, ธนวัฒน์ ทองจีน, กรวิชัย สมคิด, ภาณุวิชญ์ พูลทรัพย์, ปภาวดี สุชนันทบุตร, กชพร โชติมนโนธรรม, ทิพวรรณ ปรีกมานนท์, รัตวี พระนคร, วรณวิภา พินธะ, พิเชฐ บัญญัติ, ศิริวรรณ ชัยสมบูรณ์พันธ์. ปริมาณสารแคนนาบินอยด์ในระยะการเจริญเติบโตที่แตกต่างกันของใบกัญชาพันธุ์ไทย. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2564;63(3):524-40.
10. Romero-sandoval EA, Fincham JE, Kolano AL, Sharpe B, Alvarado-Vazquez PA. Cannabis for chronic pain: challenges and considerations. Pharmacotherapy. 2018;38(6):651-662.
11. Walsh JH, Maddison KJ, Rankin T, Murray K, McArdle N, Ree MJ, Hillman DR, Eastwood PR. Treating insomnia symptoms with medicinal cannabis: a randomized, crossover trial of the efficacy of a cannabinoid medicine compared with placebo. Sleep. 2021;44(11):zsab149.
12. Babson KA, Sottile J, Morabito D. Cannabis, cannabinoids, and sleep: a review of the literature. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(4):1-2.
13. รุ่งปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, กุลชา ไทณานนท์, แพรว โคตรจิน, สุดา วรณประสาท. การใช้กัญชาเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนและหลังการประกาศให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย พ.ศ. 2562 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2564;2(2):17-36.
14. สถาบันกัญชาทางการแพทย์. ใช้กัญชาอย่างเข้าใจรับรู้ปรับใช้เพื่อสุขภาพที่ดีและปลอดภัย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2565.
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: สำนักงาน; c2565. กลุ่มรายงานมาตรฐาน; [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค. 2565]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก <https://kkhdc.moph.go.th>
16. พงศธร ทองกระสี, ดุษฎี ศรีธาดู. ประสิทธิภาพของชาที่มีส่วนผสมของกัญชาต่อการนอนหลับ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2566;5(1):25-32.
17. วิธวินท์ ผักเจริญผล, วรยศ ดาราสว่าง. ผลการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่ออาการไม่สุขสบายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง.

- วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ
สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(1):53-62.
18. Winiger EA, Hitchcock LN, Bryan AD, Bidwell LC. Cannabis use and sleep: expectations, outcomes, and the role of age. *Addict Behav.* 2021;112:106642.
19. Calabria B, Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(3):318-30.
20. Zoller O, Rhyn P, Zimmerli B. High-performance liquid chromatographic determination of delta9-tetrahydrocannabinol and the corresponding acid in hemp containing foods with special regard to the fluorescent properties of delta9-tetrahydrocannabinol. *J Chromatogr A.* 2000;A872:101–110.
21. Garrett ER, Hunt CA. (1974). Physiochemical properties, solubility, and protein binding of delta9-tetrahydrocannabinol. *J Pharm Sci.* 1974;63(7):1056–1064.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ลัดดา พลพุดธา¹, อรทัย พงษ์แก้ว²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษา ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จำนวน 559 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีค่าความเที่ยง 0.97 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.30 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 23.79 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.139$) ซึ่งผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและวิธีการปรับพฤติกรรมสุขภาพนักศึกษาในประเด็น 3อ.2ส. ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส., นักศึกษา

^{1,2}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

*Corresponding Author; Orathai Pongkaew, Email: orathyai@gmail.com

Received: April 17, 2024; Revised April 30, 2024; Accepted May 5, 2024

Health Literacy and Health Behaviors 3E 2S among undergraduate students, Roi Et Rajabhat University

Ladda Pholputta¹, Orathai Pongkaew²

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study health literacy, healthy behaviors, and relationship of health literacy and health behaviors (3E 2 S) among undergraduate students, Roi Et Rajabhat University. The samples were 559 students who were studying year 1-4 at Roi Et Rajabhat University. The study was conducted during November 2023 to January 2024. The research Instruments for data collection were health literacy and health behaviors (3E 2S) questionnaires for people aged 15 years and over-revised version in 2018 by the Division of Health Education, Department of Health Services Support, the Ministry of Public Health. The Cronbach's Alpha Coefficients were 0.97 and 0.74 respectively. The data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and Pearson's product moment correlation coefficient to determine correlations between variables.

The results showed that samples overall had an excellent level of health literacy of 65.30 percent, while health behaviors (3E2S) were at poor level of 23.79 percent. The results of the relationship analysis revealed the relationship between health literacy and health behavior (3E 2S) was positive relationship and at a low level, with significant level of 0.05 ($r=0.139$). The results of this study cloud be used as basic information for planning the activities to further develop health literacy and methods for adjusting health behavior (3E 2S) among undergraduate students.

Key word: Health literacy, Health behavior 3E 2S, Undergraduate Student

^{1,2}Assistant Professor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่ำสุดเมื่อเทียบกับในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้ตะวันออก (SEARO) จากข้อมูลปีพ.ศ. 2559 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรค และอัตราการเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและคงที่ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไม่ระมัดระวังจนสะสมและก่อให้เกิดโรค ส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การดูแลตนเองที่เหมาะสมล่าช้าออกไป สุขภาพทรุดโทรมและอัตราการเข้ารับบริการฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนถึง “ความเสี่ยงต่อโรค” ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจะส่งผลต่อพฤติกรรมและการจัดการสุขภาพ สุขภาพจะถูกควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้คนเรามีสุขภาพดีขึ้น

จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2560

พบประเด็นด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 72.10 และร้อยละ 75.70 ไม่มีความรู้เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพ ส่งผลทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีสุขภาพดีได้¹ ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาการเกิดโรคให้ลดลงนั้น ต้องส่งเสริมและปรับเปลี่ยนให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง รวมถึงช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวชุมชน และสังคมได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับตามกาลเวลา²

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม³ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ถูกต้อง จะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวมา เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะมีความรู้ความเข้าใจในข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถแสวงหาความรู้และตัดสินใจเลือกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูล

ที่มีความหลากหลาย และเชื่อถือได้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลบ่อยขึ้น^{4,5} กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการทำงานด้านสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. ประกอบด้วย อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ ส.สูบบุหรี่ และ ส.สุรา⁶ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัย ต่างๆ ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมและการงานได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ถูกหลอกหรือมีพฤติกรรมที่ผิดพลาด ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองจนเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรง ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้ และสามารถช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีได้ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น^{8,9,10}

นักศึกษาในมหาวิทยาลัย เป็นกลุ่มเยาวชนที่มีการปรับตัวเปลี่ยนผ่านจากช่วงวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงที่มีการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบวิถีชีวิต โดยอาจจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้

ถ้าได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันนี้พบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย อารมณ์เครียด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และพบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยรวมส่วนในอยู่ในระดับปานกลาง^{10, 11, 12}

จากการศึกษานำร่อง (Pilot study) นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จำนวน 10 ราย พบว่า นักศึกษามีความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยพบว่า นักศึกษาจำนวน 5 ราย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาจำนวน 10 ราย มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่าง

ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาใช้ในการวางแผนปรับปรุง สร้างเสริมและจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับนักศึกษา เพื่อให้ให้นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Descriptive cross sectional study research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือนักศึกษาภาคปกติของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่ลงทะเบียนเรียนภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2566 จำนวน 4,356 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดย ใช้ โป ร แ กร ม

คอมพิวเตอรส์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.2¹³ กำหนด Effect size ขนาดกลาง เท่ากับ 0.3¹⁴ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05, Power of test ที่ 0.80 และค่า $r = 0.124$ โดยค่า r คือ ค่าสหสัมพันธ์ได้มาจากการศึกษาวิจัยของพรภัทรา แสนเหลา และคณะ¹⁵ ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ตามความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ.2ส ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 508 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 559 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยใช้วิธีการคำนวณตามสัดส่วนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ **ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี คณะที่กำลังศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มี 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

3) ด้านที่ 3 การได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านที่ 4 การตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 4 ข้อ และ 6) ด้านที่ 6 การบอกต่อและและเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ความถี่ในการปฏิบัติถ้ามากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อยเท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน จึงแบ่งระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ได้ดังนี้ ช่วงคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน = ไม่ดี, 12-13 คะแนน = พอใช้, 14-15 คะแนน = ดี, 16-20 คะแนน = ดีมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน¹⁵ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 และ 0.74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ใบรับรองเลขที่ 097/2566 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2566 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ถึงคณบดีทุกคณะในมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและผ่านการสัมภาษณ์ความยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการตอบ ผู้วิจัยยินยอมยุติการตอบแบบสอบถามตามความต้องการของผู้กลุ่มตัวอย่างและยกเลิกการเก็บรวบรวมข้อมูลในนักศึกษารายนั้นทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ 2) วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

สุขภาพตาม 3อ.2ส. โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson, s product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.10 เพศชาย ร้อยละ 22.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.10 นับถือศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 0.50, 0.40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 41.30 รองลงมานักศึกษาชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 23.30 คณะที่กำลังศึกษาคณะครุศาสตร์ ร้อยละ 53.30 รองลงมาคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 13.60 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.20

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.30 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.21 ระดับพอใช้ ร้อยละ 12.16 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.33 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n=559คน)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี (0.00-71.99 คะแนน)	13	2.33
พอใช้ (72.00-83.99 คะแนน)	68	12.16
ดี (84.00-95.99 คะแนน)	113	20.21
ดีมาก (96.00-120 คะแนน)	365	65.30
Max= 120.00, Min=36.00, Mean=99.50, S.D.=15.07		

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดีมาก คือเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย ได้แก่ 1) ด้านทักษะการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ ร้อยละ 74.96 2) ด้านความ

เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 77.82 3) ด้านการได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 74.96 4) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ร้อยละ 77.82 5) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ร้อยละ 65.12 และ 6) ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ร้อยละ 67.44 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การจัดกลุ่มจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้าน (n=559คน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ				Mean	S.D.	แปลผล
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
1. ทักษะการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ	14 (2.50%)	60 (10.73%)	66 (11.81%)	419 (74.96%)	16.71	2.75	ดีมาก
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	10 (1.79%)	55 (9.84%)	59 (10.55%)	435 (77.82%)	16.98	2.70	ดีมาก
3. การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	13 (2.32%)	64 (11.45%)	63 (11.27%)	419 (74.96%)	16.79	2.80	ดีมาก
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	7 (1.25%)	66 (11.81%)	51 (9.12%)	435 (77.82%)	16.91	2.73	ดีมาก
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	33 (5.90%)	86 (15.38%)	76 (13.60%)	364 (65.12%)	15.94	3.22	ดี
6. การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	30 (5.37%)	77 (13.77%)	75 (13.42%)	377 (67.44%)	16.16	3.14	ดีมาก

3. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.
ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.
พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม
สุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 46.51

มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้
ถึงร้อยละ 70.30 และมีพฤติกรรมสุขภาพ
3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ร้อยละ 24.51 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (n=559คน)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี (0.00-35.99 คะแนน)	133	23.79
พอใช้ (36.00-43.99 คะแนน)	260	46.51
ดี (44.00-51.99 คะแนน)	137	24.51
ดีมาก (52.00-60.00 คะแนน)	29	5.19
Max= 60.00, Min=22.00, Mean=40.03, S.D.=7.30		

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ
3อ.2ส. ทั้ง 5 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
มีพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านการบริโภค
อาหาร อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 41.50
รองลงมาในระดับไม่ดี ร้อยละ 29.70
2) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้
ร้อยละ 37.39 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 24.87
3) ด้านการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับระดับดีมาก

ร้อยละ 40.97 รองลงมาในระดับไม่ดี ร้อยละ 33.09
4) ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มี
แอลกอฮอล์ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 30.77
รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 26.12 และ
5) ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ใน
ระดับพอใช้ ร้อยละ 38.86 รองลงมาอยู่ใน
ระดับดี ร้อยละ 23.79 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ การจัดกลุ่มจำแนกพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ในแต่ละด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับ				Mean	S.D.	แปลผล
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
การบริโภคอาหาร	166 (29.70%)	232 (41.50%)	121 (21.65%)	40 (7.15%)	16.16	3.95	พอใช้
การออกกำลังกาย	129 (23.07%)	209 (37.39%)	139 (24.87%)	82 (14.67%)	6.67	1.98	พอใช้
การสูบบุหรี่	185 (33.09%)	81 (14.49%)	64 (11.45%)	229 (40.97%)	6.82	2.95	พอใช้

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับ				Mean	S.D.	แปลผล
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
การดื่มสุราและ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	146 (26.12%)	101 (18.07%)	140 (25.04%)	172 (30.77%)	3.48	1.37	ดี
การจัดการความเครียด	115 (20.57%)	206 (38.86%)	133 (23.79%)	105 (18.78%)	6.89	1.90	พอใช้

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มี
ต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัย
ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส.

ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส	
	r	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.139	0.001*

ทางบวกในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรม
สุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.139$)
ดังตารางที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความรู้
ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก
คือ เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ
เพียงพอ ร้อยละ 65.30 รองลงมา มีความรอบ
รู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.21
และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบ
รู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดีมาก
อธิบายได้ว่านักศึกษาทุกหลักสูตรใน
มหาวิทยาลัยราชภัฏได้รับการสนับสนุน
สัญญาณอินเทอร์เน็ต โดยรอบพื้นที่ของ

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ทำให้นักศึกษา
สามารถเข้าระบบอินเทอร์เน็ตสามารถสืบ
ค้นหาข้อมูลได้อย่างสะดวก ทำให้นักศึกษา
เข้าถึงข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของทศ
พล ชำนาญกิจ และคณะ¹⁶ พบว่านักศึกษา
วิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งมีความรอบรู้
สุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.00
ระดับดีร้อยละ 21.10 การศึกษาของ
ทรงธรรมศน์ จินาพงศ์ และ ภัทธวูช ขาว
สนิท⁹ พบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยนครเทพ ส่วนใหญ่มีความ

รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี การศึกษาของกิตติพงศ์ เรือนเพชร และคณะ¹⁷พบว่านิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี การศึกษาของอาภัสรา กล้าณรงค์ และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์¹⁸ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอถึงดีเยี่ยม การศึกษาของชื่นจิตร จันทรสว่างและสุนทรี เจียรวิทยกิจ¹⁹ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 โรงพยาบาลรามาริบัติมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 54.75 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Oliverira et al.²⁰ พบว่านักศึกษาในมหาวิทยาลัย Guinean ประเทศบราซิลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบว่า ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คือมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย ร้อยละ 46.51 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้^{9,12,20} และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lange et al.²¹ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัย IST ในประเทศเยอรมันมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความ

รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก แต่พบว่า นักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้ ร้อยละ 21.80 และ นักศึกษายังไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนหรือนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากยังไม่ได้ใช้ทักษะด้านความรู้ด้านสุขภาพในการเชื่อมโยงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่ารู้ แต่ไม่ทำ²² เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของทักษิภา ชัชวรัตน์ และคณะ²³ พบว่าวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของกิตติพงศ์ เรือนเพชร และคณะ²⁴ พบว่าประชาชนอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sok et al.²⁵ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศกัมพูชา ไม่มีการออกกำลังกายด้วยการเดินมากกว่า 10 นาที ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 33.50 ชอบรับประทานอาหารจานด่วน ร้อยละ 33.60 และการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 38.86 และผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

พฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 33.09 ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 26.12 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan et al.²⁶ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตซิลhet (Sylhet) ประเทศบังคลาเทศ สูบบุหรี่ ร้อยละ 37.00 ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 26.12 และสอดคล้องกับการศึกษาของยสินทร มีกุล และคณะ²⁷ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยรามภัฏอุบลราชธานีปัจจุบันสูบบุหรี่ ร้อยละ 64.86 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.139$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.9,16,24,28 สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและเข้าใจสาระทางด้านสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคลอื่นได้²² เมื่อพิจารณาตามความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย

วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง อยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้ ร้อยละ 21.80 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 23.79 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรมีนโยบายเทคนิคการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อให้นักศึกษาทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และด้านการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม ผู้บริหารมหาวิทยาลัยควรมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้นักศึกษา โดยเฉพาะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป 2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยบูรณาการกับการเรียนการสอนหรือกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ. (อินเทอร์เน็ต). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2560), เข้าถึงได้จาก <https://www.scribd.com/document/1inkhed-pdf>.
2. วัชรพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ 2560; 44(3) :183-97.
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ. (อินเทอร์เน็ต). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2560), เข้าถึงได้จาก <https://www.scribd.com/document/1inkhed-pdf>
4. Shahid R, Shpker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. BMC Health Service Research 2022; 22(1148) :1-9.
5. Friis K., Pendersen MH, Aaby A, Lasgaard M, Maindal, HT. Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders. A Danish population-based 4-year follow-up study. *European Journal of Public Health* 2020; 30(5) :866-872.
6. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ส.ค. 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nkp-hospital.go.th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf>.

7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.
8. ปาจารย์ โพธิ์หัง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 29(3): 115-130.
9. ทรวงทรรศน์ จินาพงศ์, ภัทราวุธ ขาวสนิท. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมทางกาย ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. วารสารสุขภาพศึกษาและสหสาขาวิชาชีพ 2563; 46(2): 56-64
10. พรภัทรา แสนเหลา, เบญจพร สืบทอง, ภิญญารัตน์ เปลี่ยนจันทิก, ปิยะกุล ศิริ, ศุภลักษณ์ โคบำรุง, สิริทยา ผลไธสง และคณะ. ความสัมพันธ์ด้านความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลักสุขภาพหลัก 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิจัยสร้าง Innovation and Technology เพื่อรองรับสังคมไทยสู่ยุค Digital World ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 7 - 8 กรกฎาคม 2565 : 1651-1661.
11. เพียวว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ประไพจิตร โสมภีร์, อาทิตยา แก้วน้อย, กนกกาญจน์ เมฆอนันต์อวัช. ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28 (ฉบับพิเศษ): 20-32.
12. สุนีย์ กันแจ่ม, นิตยา วงสว่าง, ฐานิการ สุวรรณ, ทาริกา สิทธิมงคล, สุดาทิพย์ เตชชัย. ความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ 2562; 1: 33-43.
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG et al. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39:175-91
14. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd. New York: Academic Press; 1977.
15. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ขนาดอิทธิพลการวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
16. ทศพล ชำนาญกิจ, วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว, ปรีศนา เพ็ชรจริง, สุรีย์วรรณ สีลาดเลา, นิวัฒน์ ทรงศิลป์,

- กนกพร สมพร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 2565; 4(2) : 47-57.
17. กิตติพงษ์ เรือนเพชร, สุภิสรา ขำเอนก, อภิสรากรรณ์ หิรัณยวิชัยกุล, สุวรรรัตน์ ชีระสุด, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17(1) : 1-12.
 18. อาภัสรา กล้านรงค์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2566; 5(3) : 1-17.
 19. ชื่นจิตร์ จันทรสว่าง, สุนทรี เจียรวิทย์กิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ 2566; 29(2) : 251-264.
 20. Oliveira, ASSD, Seidi, FF., Sousa, KMPD, Felipe, GF, Pinheiro, EP., Albuquerque, NLS. Health literacy and health behaviors of Guinean university students residing in Brazil. Rev. Gaúcha Enferm 2023; 44: 1-11.
 21. Lange M, Loowe A, Stassen G, Schaller A. Health literacy, health status and health behaviors of German students– study protocol for the “Healthy Habits” cohort study. BMJ Public Health 2021; 21(1523): 1-10.
 22. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิด หลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.); 2561.
 23. ทักษิภา ชัยวรรตน์, วรินทร์พร พันธวงศ์, สุภาภรณ์ นันดา. พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 2561; 19(3): 107-120.
 24. กิตติพงศ์ เรือนเพชร, ยศวดี งอมสงัด, นิภา สุทธิพันธ์, ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, ปัทม ทัด บณชนทด, เมธา พันธุ์รัมย์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่9 2566; 17(1): 1-12.

25. Sok S, Pal K, Tuot S, Yi R, Chhoun O, Yi S. Health Behaviors among Male and Female University Students in Cambodia: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Environmental and Public Health* 2020; 2020: 1-10.
26. Hassan MS, Hossain MK, Khan H. Prevalence and predictors of tobacco smoking among university students in Sylhet Division, Bangladesh. *International Health* 2019; 11(4): 306-313.
27. ยสินทร มีกุล, อรณภา ลำปิยะ, วุฒิฉาน ห้วยทราย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2565; 19(1): 76-88.
28. พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัณญา สุขขา, เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ302สของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี* 2564; 4(1) : 84-93.

ผลของการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของสามี หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น

ศุภจิรา สืบสีสุข¹, สุพัตรา กองเพชร²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของสามีหญิงตั้งครรภ์ 2) เปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของสามีหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นสามีหญิงตั้งครรภ์ ที่สูบบุหรี่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 32 คน ได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ 1 ครั้ง ติดตามผลที่ 4 สัปดาห์ ใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจโดยสร้างการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่และประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับส่งเสริมบทบาทของบิดา เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีความเชื่อมั่น 0.73 และ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) ร้อยละ 21.9 หลังการทดลองพบว่ามีปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่เฉลี่ย 12.50 มวนต่อวัน หลังทดลองสูบบุหรี่เฉลี่ย 4.56 มวนต่อวัน และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะและข้อเสนอนี้ ผลวิจัยสะท้อนว่ากระบวนการสร้างแรงจูงใจนี้ ช่วยให้สามีหญิงตั้งครรภ์ลดการสูบบุหรี่ลง โดย 1 ใน 5 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จึงควรนำมาใช้เป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของสามีหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์หรือคลินิกเลิกบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพ โดยติดตามประเมินพฤติกรรมต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

คำสำคัญ: การสร้างแรงจูงใจ, พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่, สามีหญิงตั้งครรภ์

^{1,2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

*Corresponding Author; Supachira Suebseesook , Email: supachirasss@gmail.com

Received: March 19, 2024; Revised April 30, 2024; Accepted May 28, 2024

The Effects of Motivational Enhancement on Smoking Cessation Behaviors among Pregnant Women's Husbands Receiving Antenatal Care at Khon Kaen Hospital

Supachira Suebseesook¹, Supatra Kongpechr²

Abstract

This quasi-experimental research study aims to: 1) Compare smoking cessation behaviors among husbands of pregnant women. 2) Compare motivation to quit smoking among husbands of pregnant women before and after implementing motivation enhancement interventions for smoking cessation. The sample group consists of 32 husbands of pregnant women who smoke, selected based on specific criteria. They received smoking cessation counseling once and were followed up for 4 weeks. Motivation enhancement interventions included creating awareness of the severity and risks of smoking-related diseases, the benefits of quitting smoking, and promoting the role of fatherhood. Data collection tools included questionnaires on smoking cessation behaviors and motivation to quit smoking, with reliabilities of 0.73 and 0.91, respectively. Data were analyzed using a Paired sample t-test. The study found that after the experimental intervention, there was a statistically non-significant increase in smoking cessation behavior. Specifically, there was a significant reduction in the average number of cigarettes smoked per day, from an average of 12.50 cigarettes per day before the intervention to 4.56 cigarettes per day after the intervention ($p < 0.001$). Additionally, there was a statistically non-significant increase in motivation to quit smoking. In conclusion, the research reflects that this motivation enhancement intervention helps husbands of pregnant women reduce smoking, with one in five successfully quitting smoking. Therefore, these interventions should be utilized as strategies to change smoking cessation behaviors of husbands of pregnant women in antenatal care clinics or smoking cessation clinics in healthcare settings, with continuous behavior monitoring and evaluation for at least 6 months.

Key word: Motivational Enhancement, Smoking Cessation Behaviors,
Pregnant Women's Husbands

^{1,2} Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

ปัจจุบันพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจและโรคมะเร็ง ประเทศไทยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 – 2570 มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบริโภคยาสูบของประชาชนและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายของควันบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม¹ จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) กลุ่มอายุ 25 – 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงสุด (ร้อยละ 21.0) ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 26 เท่า (ร้อยละ 34.7 และ 1.3 ตามลำดับ) จากการสำรวจการได้รับควันบุหรี่มือสองพบว่าร้อยละ 23.7 มีการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้าน เมื่อพิจารณาความบ่อยครั้งที่สูบบุหรี่ในตัวบ้าน พบร้อยละ 67.5 สูบบุหรี่ในตัวบ้านทุกวัน² จากการศึกษาสารที่พบในควันบุหรี่จากการจุดบุหรี่มี 2 สายสายแรกเป็นควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปในปอดและสายที่สองเป็นควันที่การเผาไหม้ต่อจากควันสายแรก ควันบุหรี่สายที่สองมีสารพิษมากกว่าควันสายแรกและเป็นอันตรายต่อผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมาก ในควันบุหรี่มีสารต่าง ๆ มากกว่า 7,000 ชนิด พบสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

ได้แก่ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ สารประกอบไฮโดรคาร์บอน นิโคตินและโลหะหนัก ซึ่งสารเหล่านี้ก่อฤทธิ์ต่อผนังหลอดเลือด ไขมันในเลือด กลไกการแข็งตัวของเลือด พบว่านิโคตินและอนุโมลิสระหลายชนิดในบุหรี่จะทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดการอักเสบ กระบวนการอักเสบทำให้มีการปล่อยสารอักเสบเพิ่มขึ้น มีการสร้างเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น กระบวนการอักเสบจึงทำให้ผนังหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าลง พบโลหะหนักในบุหรี่ ได้แก่ สารหนูและสารปรอท สารเหล่านี้จะทำลายเซลล์ในร่างกายรวมถึงเซลล์ของผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดทำหน้าที่ได้ลดลง³ มีการศึกษาความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองพบถึงร้อยละ 39.19⁴ การสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในโรงพยาบาลขอนแก่นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2566 พบหญิงตั้งครรภ์ได้รับควันบุหรี่มือสองร้อยละ 32.57 การศึกษาวิจัยควันบุหรี่มือสองที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ดังนี้ พบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีน้ำหนักและความยาวลำตัวน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับควันบุหรี่มือสองในระยะตั้งครรภ์ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีความยาวเส้นรอบศีรษะน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับควันบุหรี่มือสองในระยะตั้งครรภ์⁵ เด็กแรกเกิดจนถึง 3 ปีแรก

ที่มารดาได้รับควันบุหรี่มือสองขณะตั้งครรภ์มีโอกาเป็นโรคหอบหืด 2.41 เท่า⁶ เด็กวัยก่อนเรียนที่มารดาได้รับควันบุหรี่มือสองในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.38 มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น⁷ ในระยะตั้งครรภ์สามเดือนตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงและปรับบทบาทการเป็นบิดา โดยยอมรับการตั้งครรภ์ของภรรยา รับรู้เกี่ยวกับการมีชีวิตของทารกในครรภ์ สามีจะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ กังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ ต้องการทราบว่าตนจะช่วยเหลือภรรยาและทารกในครรภ์ได้อย่างไร ความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์จึงเป็นแรงจูงใจสำคัญในการกระตุ้นการเลิกสูบบุหรี่ของสามีนุ้ยตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่าปัจจัยการสร้างแรงจูงใจสามีนุ้ยตั้งครรภ์ให้เลิกบุหรี่และทนต่ออาการเลิกบุหรี่คือการสร้างความตระหนักและห่วงใยในสุขภาพของภรรยาและบุตรในครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ในการช่วยเลิกบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ได้และความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้เช่นกัน⁹ พบว่าผู้รับบริการที่เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่จะมีคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาการให้

คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ด้วยกระบวนการสร้างแรงจูงใจสามีนุ้ยตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วยการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่และการสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกับการส่งเสริมบทบาทของบิดาในการสร้างความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์เพื่อให้สามีนุ้ยตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของสามีนุ้ยตั้งครรภ์ก่อนและหลังการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของสามีนุ้ยตั้งครรภ์ก่อนและหลังการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่

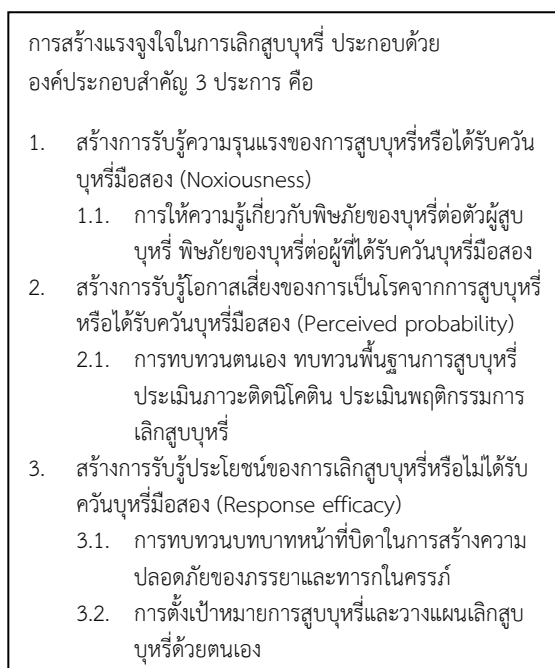
กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) Dunn and Roger, 1986 เป็นแนวคิดในการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม ขบวนการคิดแก้ปัญหาต่อสิ่งที่กำลังคุกคาม การเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนอง

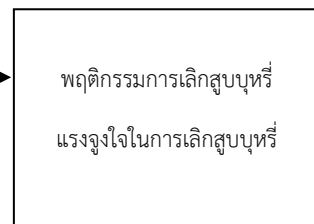
ต่อสิ่งที่มาคุกคามทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) ปัจจัย

เหล่านี้เป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัวและเป็นสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ด้านต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและป้องกันการเป็นโรคในที่สุด¹¹ ดังแสดงในแผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังดำเนินการศึกษา (Quasi experimental one group, Pre – Posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่าง คือ สามีที่สูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่พำนักมารับบริการฝากครรภ์

ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นสามีของหญิงตั้งครรภ์ มีประวัติสูบบุหรี่ทุกวัน อายุระหว่าง 18- 60 ปี มีสติ สัมผัสปัญญาดี พักอาศัยอยู่กับหญิงตั้งครรภ์ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ไม่เสพสารเสพติดชนิดอื่นๆ คำนวณขนาด

ตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างเดี่ยววัดผลก่อนและหลังดำเนินการศึกษา (Quasi experimental one group, Pre – Posttest design) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ 80% อ้างอิงจากผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา - มารดาเด็กป่วยโรคหืดมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 15.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 27.95¹² คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 26.09 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากอัตราการติดตามไม่ได้ร้อยละ 40 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 37 คน ระหว่างการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เข้าร่วมไม่ครบทุกกิจกรรม จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้สามีหญิงตั้งครรภ์เลิกสูบบุหรี่ พัฒนาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา - มารดาเด็กป่วยโรคหืด¹² ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน กิจกรรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) แลกเปลี่ยนพื้นฐานความรู้ของพิษภัยบุหรี่และควันบุหรี่มือสองและให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

3) ทบทวนพื้นฐานการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง 4) ทบทวนบทบาทบิดาในระยะตั้งครรภ์ การปรับตัวสู่การเป็นบิดา การรับรู้เกี่ยวกับการมีชีวิตของทารกในครรภ์ บทบาทหน้าที่ของบิดาในการดูแลและสร้างความปลอดภัยให้กับภรรยาและทารกในครรภ์ 5) วางแผนการเลิกสูบบุหรี่และตั้งเป้าหมายการเลิกสูบบุหรี่ 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน และลักษณะพื้นฐานการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน เวลาที่เริ่มสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 2.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยปรับจากแบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลดการสูบบุหรี่ในการศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ¹³ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความสอดคล้องภายในกับสามีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 30 ราย ได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73 แปลผลคะแนนตามระยะของการ

เลิกบุหรี่ ดังนี้ คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ระยะเริ่มเฉย คือ สามี่หญิงตั้งครรภ์ยังไม่สนใจในการเลิกสูบบุหรี่ คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ระยะลังเลใจ คือ สามี่หญิงตั้งครรภ์คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ระยะตัดสินใจ คือ สามี่หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ระยะลงมือปฏิบัติ คือ สามี่หญิงตั้งครรภ์ลงมือเลิกสูบบุหรี่ คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ระยะคงสภาพ คือ สามี่หญิงตั้งครรภ์เลิกสูบบุหรี่สำเร็จนานอย่างน้อย 6 เดือน

2.3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยปรับจากแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ในการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา – มารดาเด็กป่วยโรคหืด¹² ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ 1 – 5 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความสอดคล้องภายในกับสามี่หญิงตั้งครรภ์จำนวน 30 ราย ได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91

วิธีการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจมีการดำเนินการและมีการวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดำเนินโครงการวิจัย ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลขอนแก่น ดังนี้ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยพบสามี่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการเป็นรายบุคคล อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 5 นาที กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่โดยให้สามี่หญิงตั้งครรภ์แลกเปลี่ยนพื้นฐานความรู้ของพิษภัยบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ผ่านวีดิทัศน์ “เจาะอันตรายควันบุหรี่ที่คุณยังไม่รู้”¹⁴ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที กิจกรรมที่ 3 ทบทวนพื้นฐานการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสามี่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง ทำให้สามี่หญิงตั้งครรภ์ตื่นตัวในการรับรู้พฤติกรรมสูบบุหรี่ของตนเองเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรครุนแรง จากนั้นให้ทางเลือก

เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับภรรยาและทารกในครรภ์ ผ่านวิธีทัศน์ “บ้านปลอดภัย”¹⁴ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที กิจกรรมที่ 4 ทบทวนบทบาทบิดาในระยะตั้งครรภ์ ทบทวนการปรับตัวสู่การเป็นบิดา การรับรู้เกี่ยวกับการมีชีวิตของทารกในครรภ์ บทบาทหน้าที่ของบิดาในการดูแลและสร้างความปลอดภัยให้กับภรรยาและทารกในครรภ์ผ่านการฟังคลื่นเสียง “ขอลูกสาว”¹⁴ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที กิจกรรมที่ 5 วางแผนการเลิกสูบบุหรี่ ให้สามีหญิงตั้งครรภ์ตั้งเป้าหมายการเลิกสูบบุหรี่และวางแผนเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ติดตามอาสาสมัครที่ลงมือเลิกสูบบุหรี่ วันที่ 3 – 7 หลังจากลงมือเลิก ตกลงนัดติดตามผลการสร้างแรงจูงใจอีก 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมประกอบด้วย การประเมินภาวะติดนิโคติน ประเมินระยะพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ทบทวนความรู้และกระตุ้นการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ด้วยโปสเตอร์ “10 เคล็ดลับเลิกสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า” “ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่เกิดขึ้นทันทีหลังการเลิกสูบ” และ “สิ่งดี ๆ เมื่อคุณไม่สูบบุหรี่ในบ้าน”¹⁴ สรุปและนัดติดตามประเมินผลอีก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมประกอบด้วย ประเมินระยะพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ให้กำลังใจและชมเชยกรณีผู้เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ได้และเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไป กรณีที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ให้กำลังใจและกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจ

ในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ช่วยเหลือและหาแนวทางแก้ไขใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ทาง

สถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic)
 - 2.1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test
 - 2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEF66045 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 29.68 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.59 ปี) ส่วนใหญ่อายุ 20 - 29 ปี (ร้อยละ 53.1) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง

ร้อยละ 62.5 รายได้เฉลี่ย 13,000 บาทต่อเดือน ลักษณะการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองพบว่าสูบบุหรี่เฉลี่ย 12.50 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 1 - 10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 62.5) กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 16.7 ปี ส่วนใหญ่เริ่มสูบเมื่ออายุ 15 - 19 ปี (ร้อยละ 40.6) อายุที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยที่สุดคือ 12 ปี มีภาวะติดนิโคตินระดับรุนแรงร้อยละ 12.5 ติดนิโคตินระดับปานกลางร้อยละ 46.9 ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระยะลังเลใจ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ลักษณะพื้นฐานการสูบบุหรี่และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ค่า ความเบ้	ค่า ความโด่ง	การ แจกแจง
ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)	12.50	8.85	1.56	1.22	ปกติ
ระดับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	1.43	0.56	-0.86	-0.31	ปกติ
การรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่	3.80	0.74	-0.58	0.09	ปกติ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจาก การสูบบุหรี่	4.00	0.75	-0.42	-0.45	ปกติ
การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	4.39	0.66	-0.21	-0.77	ปกติ
แรงจูงใจโดยรวม	4.06	0.58	-0.95	0.10	ปกติ

(Contemplation) ร้อยละ 46.9 มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยรวม 4.06 คะแนน แรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย 3.80 คะแนน ดังตารางแสดงที่ 1

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยรวม 4.76 คะแนน แรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย 4.60 คะแนน

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่เฉลี่ย 4.56 มวนต่อวัน มีภาวะติดนิโคตินระดับรุนแรงร้อยละ 6.3 ส่วนใหญ่ติดนิโคตินระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 53.1) ระดับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระยะ

ตัดสินใจ (Preparation) ร้อยละ 40.6 และมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ (Action) 7 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 ดังตารางแสดงที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ลักษณะพื้นฐานการสูบบุหรี่และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่หลังการทดลอง

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ค่า ความเบ้	ค่า ความโด่ง	การ แจกแจง
ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)	4.56	5.50	1.36	1.44	ปกติ
ระดับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	2.75	0.98	-0.82	-0.32	ปกติ
การรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่	4.35	0.59	-1.24	-0.37	ปกติ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจาก การสูบบุหรี่	4.44	0.61	-0.86	-0.60	ปกติ
การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	4.60	0.53	0.65	-1.24	ปกติ
แรงจูงใจโดยรวม	4.76	0.54	-0.62	-0.71	ปกติ

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยรวม แรงจูงใจด้านการรับรู้ความรุนแรง

ของการสูบบุหรี่ แรงจูงใจด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ และแรงจูงใจด้านการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณบุหรี่ที่สูบ ระดับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร/ระยะการทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	S.D. _d	95%CI of μd	p-value
ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)							
ก่อนทดลอง	32	12.50	8.85	7.93	1.14	1.33–32.33	<0.001
หลังทดลอง	32	4.56	5.50				
ระดับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่							
ก่อนทดลอง	32	1.43	0.56	1.31	0.18	-0.63–3.37	<0.001
หลังทดลอง	32	2.75	0.98				
แรงจูงใจด้านการรับรู้ความรุนแรงของ การสูบบุหรี่							
ก่อนทดลอง	32	3.80	0.74	0.54	0.11	0.22–2.97	<0.001
หลังทดลอง	32	4.35	0.59				

ตัวแปร/ระยะการทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	S.D. _d	95%CI of μd	p-value
แรงจูงใจด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่							
ก่อนทดลอง	32	4.00	0.75	0.44	0.10	-0.20–2.62	<0.001
หลังทดลอง	32	4.44	0.61				
แรงจูงใจด้านการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่							
ก่อนทดลอง	32	4.39	0.66	0.21	0.08	-0.32–2.18	0.02
หลังทดลอง	32	4.60	0.53				
แรงจูงใจโดยรวมในการเลิกสูบบุหรี่							
ก่อนทดลอง	32	4.06	0.58	0.40	0.07	0.15–1.66	0.001
หลังทดลอง	32	4.76	0.54				

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ผลของการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของสามีหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ 1.43 คะแนน หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ 2.75 คะแนน เลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 21.9 ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพผลโปรแกรมสุขภาพเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ของสามีที่สูบบุหรี่ของหญิงมีครรภ์ โดยการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีด้านแรงจูงใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 53

กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมจะเลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 8¹⁵ เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาการสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่เพื่อให้บิดา-มารดาที่สูบบุหรี่ตื่นตัวในการที่จะป้องกันการได้รับวันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดเป็นแรงเสริมให้บิดา-มารดาเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹² การสร้างแรงจูงใจด้วยกระบวนการทบทวนบทบาทบิดาในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้สามีหญิงตั้งครรภ์เข้าใจตนเอง ปรับบทบาทสู่การเป็นบิดาจากการรับรู้เกี่ยวกับการมีชีวิตของทารกในครรภ์ทำให้สามีหญิงตั้งครรภ์ทำหน้าที่ของบิดาในการ

ดูแลและสร้างความปลอดภัยให้กับภรรยา และทารกในครรภ์เป็นแรงจูงใจสำคัญในการ สร้างการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อไม่ให้ภรรยาและทารกในครรภ์ได้รับวัน บุหรี่มือสอง พบว่าหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมี แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการทดลองกลุ่ม ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยรวม 4.06 คะแนน ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจด้าน การรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่มีค่า ต่ำสุด 3.80 คะแนน หลังการทดลองกลุ่ม ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยรวม 4.76 คะแนน ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่มี ค่าสูงสุด 4.60 คะแนน ผลการศึกษาวิจัยครั้ง นี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพผล โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ของ สามีสที่สูบบุหรี่ของหญิงมีครรภ์ โดยการ ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีด้านแรงจูงใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมี การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และความเชื่อ ด้านผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพภรรยา และบุตรดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ¹⁵ ผลของการสร้างแรงจูงใจต่อ ปริมาณบุหรี่ที่สูบของสามีนึ่งตั้งครรภ์ที่มา รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น

พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณ บุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่าก่อนการทดลองกลุ่ม ตัวอย่างมีปริมาณบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย 12.50 มวน ต่อวัน หลังการทดลองมีปริมาณบุหรี่ที่สูบ เฉลี่ย 4.56 มวนต่อวัน สอดคล้องกับ การศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ ในผู้ที่มียังเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ พบว่าหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมี จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹³ ข้อจำกัดของการศึกษาคั้งนี้ พบว่าก่อน ทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกาเลิกบุหรี่ ในระยะเเมนเฉยคือยังไม่สนใจในการเลิกสูบ บุหรี่ ทำให้การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบ บุหรี่ประสบความสำเร็จน้อย อีกทั้งระยะเวลา ในการศึกษาเพียง 4 สัปดาห์ จึงมีกลุ่ม ตัวอย่างเพียงร้อยละ 21.9 ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ สำเร็จ ควรมีการติดตามและสร้างแรงจูงใจ ต่อเนื่องในขณะที่ภรรยาของกลุ่มตัวอย่างยัง ตั้งครรภ์อยู่ ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะทำให้ กลุ่มตัวอย่างลงมือเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจจะเลิกสูบ บุหรี่ภายใน 1 เดือน อีกร้อยละ 40.6 ซึ่งหาก ติดตามต่อเกิน 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างจะ สามารถเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.5

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลคลินิกอดบุหรี่ (ฟ้าใส)
พยาบาลห้องฝากครรภ์ ตลอดจนบุคลากรที่สัมผัสสภาพที่เกี่ยวข้องสามารถศึกษาและนำวิธีการสร้างแรงจูงใจด้วยการทบทวนบทบาทบิดาของสามีหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้ทำหน้าที่ของบิดาในการดูแลและสร้างความปลอดภัยให้กับภรรยาและทารกในครรภ์ เป็นแรงจูงใจที่จะทำให้สามีหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น
2. สถานบริการสุขภาพควรมีนโยบายการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในสามีหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง
3. นักวิจัยสามารถพัฒนาการศึกษาวิจัยระยะยาว 6 เดือนขึ้นไป เพื่อติดตามและสร้างแรงจูงใจต่อเนื่อง เป็นการทำให้มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมสหสาขาที่ให้การดูแลสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ที่ให้การสนับสนุนจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 – 2570. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/>

- publish/1303520220819050919.pdf
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib12564/report_2501_64.pdf
3. Ambuj Roy, Ishita Rawal, Samer Jabbour, Dorairaj Prabhakaran. Tobacco and Cardiovascular Disease: A Summary of Evidence. National Library of medicine. [Internet] 2012 [cited 2023 December 1]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525170/>
4. พิษชนันท์ อูยานานุกุล, รัศมี กัลยาศิริ. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจากที่บ้านหรือที่ทำงานในระหว่างตั้งครรภ์. เวชศาสตร์ร่วมสมัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]; 60(6): 689-698. เข้าถึงได้จาก: http://clmjourn.org/_fileupload/journal/8-5-9.pdf
5. Mery Ramadani, Budi Utomo, Endang L Achadi, Hartono Gunardi. Prenatal Secondhand Smoke Exposure: Correlation Between Nicotine in Umbilical Cord Blood and

- Neonatal Anthropometry. National Library of Medicine, [Internet] 2019 [cited 2023 September 1]; 10(4): 234-239. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6711716/>
6. K. Tanaka, M. Arakawa, Y. Miyake. Perinatal smoking exposure and risk of asthma in the first three years of life: A prospective prebirth cohort study. *Allergologia et Immunopathologia*. [Internet] 2020 [cited 2023 September 07]; 48(6): 530-536. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301054620300689>
 7. Meiqin Wu, Gareth J. Williams, Guixia Chen, Lan Zhang, Chunping Hu, Xiaotian Dai., et al. Prenatal second-hand smoke exposure and the risk of Suspected developmental coordination disorder in preschoolers: A nationwide retrospective cohort study in China. *Frontiers Public Health*. [Internet] 2021 [cited 2023 September 09]; Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.993471/full>
 8. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่และความตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองของสามีหญิงตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]; 13(1): 50-57. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/ADMIN/OneDrive/Desktop/drsaisamorc,+Journal+manager,+ch7.pdf>
 9. ศรัญญา ธิติศักดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การช่วยเหลือลูกหรือของหญิงตั้งครรภ์ที่มีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่มาใช้บริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาล เลิดสิน. วารสารพยาบาลสหภาพชาติ ไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]; 9(1): 92-106. เข้าถึงได้ จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/61412>
 10. จารุวรรณ ไชยบุปผา. ผลของโปรแกรม เสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนและพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ใน ผู้รับบริการชาย. วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2566]; 26(4): 10-20. เข้าถึงได้ จาก: <https://he02.tcihaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/209820>

11. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ
พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเฉพาะโรค
เรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ
19 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก:
[http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/หลักสูตรการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.pdf](http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.pdf)
12. วิชชุดา มากมาย. ผลของโปรแกรม
ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรม
การเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา
– มารดาเด็กป่วยโรคหืด. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2560
[เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้
จาก: [https://digital.car.chula.ac.th
/cgi/viewcontent.cgi?article=2605&
context=chulaetd](https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=2605&context=chulaetd)
13. วาริศา แยมศรี, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,
อรสา พันธภักดี. ผลของโปรแกรมการ
สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อ
พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสาร
การพยาบาลสาธารณสุข, [อินเทอร์เน็ต].
2556 [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2566];
27(3): 41-57 เข้าถึงได้จาก:
[https://he01.tci-thaijo.org/index.php/
phn/article/view/48166](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/48166)
14. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ขอสื่อ
รณรงค์-Smoke Free Zone.
[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19
กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก:
[https://www.smokefreezone.or.th/me
dia.php](https://www.smokefreezone.or.th/media.php)
15. ชนิษฐ์ วโรทัย, Hamann, Stephen L.,
สุภกร บัวสาย. ประสิทธิผลโปรแกรมการ
เลิกสูบบุหรี่ของสามีหญิงที่มีครรภ์ใน
คลินิกฝากครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2538
[เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก:
[https://repository.li.mahidol.ac.th/item
s/2417c399-1255-4ee3-80bf-
a6f0b87176b5](https://repository.li.mahidol.ac.th/items/2417c399-1255-4ee3-80bf-a6f0b87176b5)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

เหมชาติ นีลสมิต¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชำสูง อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 88 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่าง เดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและมีความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้สุขภาพ เท่ากับ 0.76 ด้านการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติ สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.39 ปี (SD= 7.15) อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อย ละ 59.09 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.23 ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 68.18 ส่วนใหญ่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 86.36 มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.05 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับ ปานกลาง (SD.=9.57) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($r = .553$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการสนับสนุน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำสูง

Corresponding Author; Hemmachat Neelasamit, Email: hemnee2517@gmail.com

Received: April 25, 2024; Revised June 6, 2024; Accepted June 14, 2024

Health Literacy and Self-Management of Elderly with Hypertension in Sam Sung District, Khon Kaen Province

Hemachat Neelasamith¹

Abstract

This research aimed to study the overall and specific aspects of health literacy, self-management, and the relationship between health literacy and self-management in elderly patients with hypertension. The sample consisted of 88 elderly hypertensive patients receiving outpatient services at Sam Sung Hospital, Sam Sung District, Khon Kaen Province, selected through purposive sampling from March to April 2024. The research instrument was a questionnaire developed by the researcher, with a reliability coefficient of 0.76 for health literacy and 0.82 for self-management. Data were analyzed using descriptive statistics and the relationship was analyzed using Pearson's correlation and Spearman's correlation statistics.

The research results showed that the average age of the sample was 68.39 years (SD = 7.15), with 59.09% aged between 60-69 years and 35.23% having completed secondary education. The duration of hypertension ranged from 1-10 years for 68.18% of the participants, with most able to control their blood pressure (86.36%). Complications from hypertension were present in 42.05% of the participants. The overall health literacy level was moderate (SD = 9.57). There was a statistically significant relationship between health literacy and self-management at the $p < .001$ level ($r = .553$). These findings provide a basis for health personnel to care for elderly hypertensive patients by promoting self-management through support of health literacy at all levels.

Keywords: Health literacy, Self-management, Elderly hypertensive patients

¹Public Health Technical Officer, Samsung District Public Health Office

บทนำ (Introduction)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว¹ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสมอง และไต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก จำนวน 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยในปีค.ศ.2019 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกอยู่ที่ 1.28 พันล้านคน¹ และพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราความชุกของโรคนี้มากกว่าประชากรทั่วไป ร้อยละ 67.2²

สำหรับประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ปีพ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.7 พบความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 61.5 และ 59.6 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 53.5 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 74.7 และ อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.5 โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ³ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นเป้าหมายของการรักษา ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาและ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต รวมถึงการจัดการตนเองที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองไปตลอดชีวิต

การจัดการตนเองตามแนวคิดของอริกและฮอลแมน⁴ เน้นการจัดการ 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการแพทย์ตามบริบทของโรคเรื้อรัง เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการแพทย์ทางเลือก⁴ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเองตามเป้าหมาย 2) การจัดการด้านสร้างพฤติกรรมจากการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ จำกัดกิจกรรมหรือการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยโรคหัวใจหรือในผู้ที่มีอาการปวดหลังต้องเปลี่ยนวิธีออกกำลังกาย⁴ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต้องจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดจากบริบทของโรค เช่น จัดการความเครียด ซึมเศร้า ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมจัดการโรคไม่เหมาะสม ดังการศึกษาของ อามานี แดมะยู และคณะ⁵ เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จังหวัดขอนแก่น ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 204,950 คน คิดเป็นร้อยละ 15.27 โดยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีสองครั้งสุดท้ายเพียงร้อยละ 44.72

อำเภอข้าสูงมีผู้ป่วยโรคนี้ 2,991 คน คิดเป็นร้อยละ 17.21 และสามารถควบคุมได้ดีที่สุดครั้งสุดท้ายเพียงร้อยละ 42.43 โรงพยาบาลข้าสูงมีผู้ป่วยรับบริการจำนวน 1,272 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 72.3⁶ ซึ่งผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มเปราะบาง มีปัญหาความเสี่ยงของอวัยวะต่างๆ ทั้งการได้ยิน การมองเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ส่งผลถึงความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ เห็นได้จากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลข้าสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 441 คนคิดเป็นร้อยละ 47.9⁷ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเป็นภาระของครอบครัว ชุมชนและสังคม

การจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องมีความทักษะในการใช้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ผู้ที่มีความรอบรู้ดีจะมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลและการตัดสินใจในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง ดังการศึกษาของ อามานี แดมะยู และคณะ⁵ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = 0.469, p < .001$) ผู้ป่วยที่ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพดีจะมีการจัดการตนเองดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและนำข้อมูลมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและรักษาสภาพสุขภาพ⁸ ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำทำให้การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ลดลง การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลัย นิละไพจิตร⁹ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 75 มีร้อยละ 89.9 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังพระสงฆ์สูงอายุร้อยละ 54.5 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในขั้นพื้นฐานซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูล การจดจำและวิธีการใช้ยา และเข้าใจภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม¹⁰ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่กับโรคนี้ได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ข้อมูลทั่วไป
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- ระยะเวลาที่รับการวินิจฉัย
- โรคแทรกซ้อน
ความรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง
- ระดับพื้นฐาน
- ระดับปฏิสัมพันธ์
- ระดับวิจารณ์ญาณ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
1) ด้านการออกกำลังกาย
2) ด้านการรับประทานอาหาร
3) ด้านการรับประทานยา
4) ด้านการจัดการอารมณ์
5) ด้านการรับบริการตรวจตามนัด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง

พรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากร คือประชาชนชาวไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลข้าสูงอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจ

การทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.30 (คำนวณจากการศึกษาของจริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ (2563) ได้ค่า 0.54) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 คน ป้องกันการสูญหายเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7 รวมกลุ่ม

ตัวอย่าง 88 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้น จำนวน 88 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การอยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการ

ความถี่ของการปฏิบัติ คะแนนการปฏิบัติทางบวก คะแนนการปฏิบัติทางลบ

ไม่เคย	1	4
นานๆ ครั้ง	2	3
บางครั้ง	3	2
บ่อยครั้ง	4	1

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับโดยการคำนวณหาอันตรภาคชั้นและแบ่งความ

ช่วงคะแนน 14.00 - 28.00

หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 28.01 - 42.00

หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 42.01 - 56.00

หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน โดยการแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับโดยการคำนวณหาอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม¹² ดังนี้

ช่วงคะแนน 5.00 - 10.00

หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 10.01 - 15.00

หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 15.01 - 20.00

หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานระดับสูง

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ใช้เกณฑ์การแบ่ง

ระดับโดยการคำนวณหาอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม¹² ดังนี้

วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวรวมอื่นๆ ยาที่ใช้ ระดับความดันโลหิตย้อนหลัง 3 ครั้ง และโรคแทรกซ้อน เป็นแบบให้เลือกตอบตามความเป็นจริง ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของจริยา นพเคราะห์¹¹ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ แบ่งระดับการให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ช่วงคะแนน 5.00 - 10.00	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับปฏิสัมพันธ์ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน 10.01 - 15.00	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับปฏิสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 15.01 - 20.00	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับปฏิสัมพันธ์ระดับสูง
การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับขั้นวิจารณ์ญาณ ใช้เกณฑ์การ	แบ่งระดับโดยการคำนวณหาอันตรายภาคขั้น
ช่วงคะแนน 4.00 - 8.00	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับขั้นวิจารณ์ญาณระดับต่ำ
ช่วงคะแนน 8.01 - 12.00	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับขั้นวิจารณ์ญาณระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 12.01 - 16.00	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับขั้นวิจารณ์ญาณระดับสูง
ส่วนที่ 3 การจัดการตนเองของ	สูงของ เบญจมาศ ถาดแสง ¹³ จำนวน 26 ข้อ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลง	ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
จากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการ	4 ระดับ คือ
ตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต	
ปฏิบัติประจำ	หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน 4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ทำกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ทำกิจกรรมนั้นแล้วหรือไม่เคยทำเลย 1 คะแนน
การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์การ	26-104 คะแนน และแบ่งเป็น 3 ระดับตาม
แบ่งระดับโดยใช้วิธีการคำนวณหาอันตรายภาค	เกณฑ์ของบลูม ¹² ดังนี้
ขั้น ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง	
ระดับคะแนน 26 – 52	หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ
ระดับคะแนน 53 - 79	หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง
ระดับคะแนน 80 - 104	หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง
การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์	ทำวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการพิจารณา
ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการ	อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม	เกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ด้วยตัวเอง โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายুর่วมฟังด้วย	ขอนแก่น COE 002/2567 REC 008/2567
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ	รับรองวันที่ 11 มีนาคม 2567
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์	
เพียร์สันและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน	
พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการ	

ผลการวิจัย (Result)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุโรค
ความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน แบ่งเป็นเพศชาย 36 คน ร้อยละ 40.91 หญิง 52 คน ร้อยละ 59.09 อายุเฉลี่ย 68.39 ปี (SD= 7.15) อายุระหว่าง 60-69 ปี 52 คน ร้อยละ 59.09 จบการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.23 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.55 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 68.18 ส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 86.36 มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.05

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนแบบสัมภาษณ์	ช่วงคะแนน	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ ความรู้
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	14.00-56.00	15.00-56.00	18 (20.45)	46 (52.28)	24 (27.27)	$\bar{X} = 36.10$ SD = (9.57)	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	5.00-20.00	5.00-20.00	16 (18.18)	39 (44.32)	33 (37.50)	$\bar{X} = 13.94$ SD= (3.84)	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	5.00-20.00	5.00-20.00	24 (27.27)	38 (43.18)	26 (29.55)	$\bar{X} = 13.19$ SD= (3.73)	ปานกลาง

และรายด้านและการจัดการตนเอง ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 36.10 คะแนน (SD= 9.57) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเท่ากับ 13.94 คะแนน (SD= 3.84) อยู่ในค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์เท่ากับ 13.19 คะแนน (SD= 3.73) มีค่ามัธยฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเท่ากับ 7.50 คะแนน (IQR= 3.00) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 78.43 (SD= 9.48) ดังแสดงตารางที่ 1

ตัวแปร	คะแนน แบบ สัมพัทธ์	ช่วง คะแนน	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปาน กลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ ความรู้
ความรู้ด้าน สุขภาพระดับ วิจารณ์ญาณ	4.00-16.00	4.00- 16.00	54 (61.36)	15 (17.05)	19 (21.59)	Median= 7.50 IQR= (3.00)	ต่ำ
การจัดการ ตนเอง	26.00- 104.00	56.00- 103.00	0	48 (54.55)	40 (45.45)	$\bar{X}$ = 78.43 SD (9.48)	ปาน กลาง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านและการจัดการตนเอง ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง

ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .553$, $p < .001$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ ($r = .469, .528, .388$, $p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($n = 88$)

ความรู้	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
การจัดการตนเอง		
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.553**	ปานกลาง
ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	0.469**	ปานกลาง
ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	0.528**	ปานกลาง
ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ	0.388*	ปานกลาง

** $p < 0.001$ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

* $p < 0.001$ สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับต่ำ สามารถอธิบายได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.32 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 68.39 ปี ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการมองเห็น การได้ยิน และการจดจำ สำหรับการอ่าน เขียน เข้าใจ ความหมายของข้อมูลลดลงเล็กน้อย ซึ่งเป็นไปในทางตรงกันกับการศึกษาของโคบายาชิและคณะ¹⁴ ที่พบว่า อายุที่มากขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานลดลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.23 ซึ่งส่งผลต่อการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการจัดการข้อมูลจากแหล่งบริการด้านสุขภาพและข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ส่งผลให้มีการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับข้อมูลใหม่โดยใช้ทักษะทางปัญญาได้ แต่ยังเกิดผลกระทบในการอ่านฉลากยาและแผ่นพับให้ความรู้ที่มี

ความซับซ้อน ไม่ทราบชื่อหรือคำศัพท์ที่เป็นศัพท์ทางการแพทย์ มีผลต่อการใช้ทักษะในการอ่าน การทำความเข้าใจ การคำนวณ รวมทั้ง คำศัพท์ที่ใช้ทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อามานิ แดมะยูและคณะ⁵ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง แต่ระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับต่ำ บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระดับความรู้สุขภาพให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเข้าถึงข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจข้อความคำแนะนำ และวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงตัดสินใจแสดงพฤติกรรมมารับบริการที่ถูกต้อง และบอกต่อเพื่อนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงคนอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ขุมทองและคณะ¹⁵ พบว่าการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันทั้งด้านการสนับสนุนและแลกเปลี่ยนข้อมูลจะช่วยเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ซึ่งหากมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ ไม่เหมาะสม ไม่เข้าใจคำแนะนำ ไม่กล้าสอบถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม¹⁶

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ

61.36 ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้ทักษะทางปัญญาและทางสังคมขั้นสูงในระดับต่ำ ไม่เกิดการคิดในเชิงการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงความสัมพันธ์หรือเปรียบเทียบข้อมูล ขาดการพิจารณาความน่าเชื่อถือ การตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือค่าระดับความดันโลหิตเพื่อประกอบการตัดสินใจ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย อยู่ในวัยที่มีการลดบทบาททางสังคมลงจึงไม่มีความต้องการที่จะแสวงหาและใช้ทักษะทางปัญญาและทางสังคมขั้นสูงในการจัดการข้อมูลต่าง ๆ ทำให้ไม่ตระหนักในการรับประทานยาตามเวลา หรือเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ เดวิส และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการสื่อสารและการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์หรือการสืบค้นแหล่งข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ ที่ขาดการวิเคราะห์ พิจารณาความน่าเชื่อถือและเชื่อมโยงความสัมพันธ์จะส่งผลให้เกิดความระมัดระวังในการใช้ยา ไม่เข้าใจในผลของการใช้ยาอย่างลึกซึ้งอันจะก่อให้เกิดอันตรายและส่งผลกระทบต่อร่างกายได้

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 54.55 ทั้งนี้อาจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 68.39 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง จึงทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและเป็นไปตามวิถีชีวิตผู้สูงอายุได้บางประการ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมออกกำลังกาย ด้วยการเดิน แต่ไม่สามารถเลี้ยวอาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัวสูง อาหารประเภททอด และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงได้ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาหารเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราไฟ หนอยบุญตันและคณะ¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ($r=0.661$) นอกจากนี้ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 68.89 แสดงให้เห็นว่าระยะเวลามีความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ พัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจ และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองให้มีความเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ สุมาพร สุจํานงค์ และคณะ¹⁹ ที่พบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง นานมากขึ้นจะทำให้การจัดการตนเองทั้งการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น ตาม ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต บทบาทต่าง ๆ ในสังคมเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ การจัดการตนเองด้านบทบาทของผู้สูงอายุ เปลี่ยนไป และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 35.23 ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้และ เข้าใจคำแนะนำ ปัญหาจากการปรับเปลี่ยน วิถีชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงบาง ประการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทำให้การ แก้ไขปัญหาหรือการตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่ สามารถประยุกต์คำแนะนำเหล่านั้นให้เข้ากับการ จัดการตนเองได้ จึงไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำเหล่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ พลินน์และคณะ²⁰ ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาต่ำจะมีการจัดการตนเองต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พนิดา จันทรดี แก้วสกุล และคณะ²¹ พบว่าเมื่อผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงมีองค์ความรู้พื้นฐานดีจะทำให้ การจัดการตนเองมีประสิทธิภาพ และ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการ ตนเองด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากปฏิบัติตามหลักคำสอนของ พระพุทธศาสนาส่งเสริมให้อยู่บนทางสาย กลางและผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ด้านต่าง ๆ ทำให้สามารถจัดการตนเองด้านอารมณ์ได้ ง่าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

อามานี แดมะยุและคณะ⁵ พบว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการ ตนเองด้านอารมณ์และด้านการประสาน ความร่วมมือและการมาตรวจตามนัด การ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการ ตนเองได้ดีขึ้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความ รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน กับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับการจัดการ ตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปาน กลาง ($r = 0.553$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจำเป็นต้องอาศัยทักษะ เฉพาะบุคคลทั้งทักษะทางปัญญาและทักษะ ทางสังคมตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงระดับสูงให้ สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิด สุขภาพที่ดี สามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกใช้ ข้อมูล มีการติดต่อสร้างความสัมพันธ์กับ บุคลากรสุขภาพ ลงมือปฏิบัติและปรับทักษะ การปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งความรอบรู้ สุขภาพระดับพื้นฐานจะช่วยให้สามารถอ่าน และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ เช่น การอ่าน ฉลากยา เอกสารคำแนะนำ โปสเตอร์ การเขียนใบ ยินยอม การกรอกแบบฟอร์มต่าง ๆ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณยัง เป็นการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทาง

สังคมชั้นสูง เพื่อให้สามารถพิจารณาคัดเลือกข้อมูล คิดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงวิพากษ์ แยกแยะพิจารณาไตร่ตรองข้อมูล แสดงความคิดเห็น ต่อรอง หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับบุคลากรสุขภาพในการรักษา ตลอดจนนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้สามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่ดีจะส่งผลให้ระดับการจัดการตนเองดี อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถใช้ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมทั้งในระดับพื้นฐานและระดับขั้นสูงในการจัดการกับข้อมูลจากสื่อต่างๆ สืบค้นหาข้อมูลที่จำเป็น แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคคลอื่นๆ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองที่ดี ทั้งในด้านการรักษา ด้านบทบาทหน้าที่ และการจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกเบอ และคณะ²² พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะทำให้การจัดการตนเองต่ำลงด้วย

จากผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานระดับปฏิสัมพันธ์ระดับวิจารณ์ญาณกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = .469, 528, 388$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและรองลงมาคือประถมศึกษา ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกาย บทบาททาง

สังคมที่เปลี่ยนไป ไม่ได้เป็นหัวหน้าครอบครัว จึงส่งผลให้สามารถจัดการตนเองได้ไม่เต็มศักยภาพที่มี ถึงแม้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใช้ทักษะทางปัญญาพื้นฐานในการอ่าน เขียน คิดคำนวณตัวเลขทำความเข้าใจ คำศัพท์ทางการแพทย์และความหมาย และใช้ทักษะทางปัญญาที่สูงขึ้นร่วมกับทักษะทางสังคมในการสื่อสาร เจรจาต่อรอง ตัดสินใจคัดเลือกและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับมาจากสื่อที่มีความหลากหลาย ผู้สูงอายุยังสามารถใช้ข้อมูลด้วยการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมชั้นสูงร่วมกันเพื่อการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหา การค้นหาแหล่งช่วยเหลือ มีส่วนร่วมในการรักษาและวางแผน ซึ่งส่งผลให้การจัดการตนเองดีขึ้น มีการออกกำลังกาย เลือกรับประทานอาหารและยาเฉพาะโรคที่เหมาะสม สามารถจัดการด้านอารมณ์ มีทักษะในการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮจแมน, วาเวอริจินและคณะ²³ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณมีความเกี่ยวข้องกัน เพื่อให้การจัดการตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานหรือระดับปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่งจะไม่สามารถส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีได้

และการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองในระดับสูงผู้ป่วยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณที่อยู่ในระดับต่ำเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้วยแนวคิดการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจัดการตนเองได้ดีมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Hypertension. 2021[cited 2024 Feb 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hypertension>.
2. Benjamin E, Virani S, Callaway C, Chamberlain A, Chang A, Cheng S, On B. Heart disease and stroke statistics—2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137(12):67-492.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รู้เลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ;2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/191384/>
4. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*. 2003;26(1):1-7.
5. อามานี แดมะยุ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, พนิดา จันทโสภีพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2563; 35(3):87-107.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. *HDC ขอนแก่น*. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
7. โรงพยาบาลข้าสูง. ข้อมูล SAR โรงพยาบาลข้าสูง ปี 2566. (สำเนารายงาน).2566.

8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.
9. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร. การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก [http:// www.hed.go.th/News/5523](http://www.hed.go.th/News/5523).
10. ลีอรัตน์ อนุรัตน์พานิช, ปริญญา พิธีธรรมานนท์, มนทยา สุนันท์วิวัฒน์, ภนิดา สรรพกิจปัญญา, ภัณฑิลา สุภัทรศักดิ์ดา, ศรัณย์ กอสนาน. ความแตกฉานทางสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์. *Veridian E-Journal Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ* 2561;11(1);2643-56.
11. จรียา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, ทศพร คำผลศิริ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร* มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2563;47(2): 251-61.
12. Bloom, Benjamin S.J. (ed). *Taxonomy of Education Objective, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York: David McKay;1975.
13. เบญจมาศ ถาดแสง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร* 2555;39(4) :124-36.
14. Kobayashi LC, Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Park D, von Wagner C, Deary IJ, Wolf MS. The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: a cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Open*. 2015;5(4):1-8.
15. รัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *Veridian E-Journal Science and*

- Technology Silpakorn University 2559;3(6) :67-85.
16. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research* . 2016;30(5):315-21.
 17. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, Middlebrooks M, Kennen E, Baker DW, Parker RM. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine* . 2006;21(8):847-51. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00529.
 18. รำไพ หน่อบุญตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2564;49(1) :213-24.
 19. สุมาพร สุจํานงค์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ* 2556; 29(2) :20-30.
 20. Flynn SJ, Ameling JM, Hill-Briggs F, Wolff JL, Bone LR, Boulware E. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: Perspectives of patients and family members. *Patient Preference and Adherence*. 2013;20(13):741-49. doi:10.2147/PPA.S46517.
 21. พนิดา จันทรีดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนาย, นันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. *Journal of Nursing Science* 2561;36(1) :31-43.
 22. Geboers B, de Winter AF, Spoorenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research*. 2016;25(11):2869-77.
 23. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative, and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(1).

ผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

อรภัทร วิริยอุดมศิริ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพองค์การอนามัยโลก ศึกษาปัญหา บริบท การพัฒนาแนวทางการแพทย์ทางไกล ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพทุกกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวม 15 คน และผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ตรวจรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2567 ทั้งสิ้น 350 คน เป็นเบาหวาน 194 คน ความดันโลหิตสูง 156 คน คัดเลือกแบบเจาะจง วัดผลโดยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์ทางไกล โดยใช้โปรแกรมหมอฟร้อมร่วมกับตรวจรักษาผ่าน Zoom วิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t test และประเมินประสิทธิผลใช้สถิติ one sample t test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลและความดันไม่ได้ เมื่อพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ย FBS ลดลงจาก 197.70 เป็น 156.60 mg/dl ค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลงจาก 9.03 เป็น 7.30 % ลดจากก่อนพัฒนา ระดับซิสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 143.22 เป็น 135.62 mmHg ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 87.45 เป็น 77.18 mmHg ลดจากก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) และความพึงพอใจต่อระบบบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.62, SD = 0.48) ดังนั้นรูปแบบการพัฒนานี้สามารถลดระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้เข้าถึงบริการสะดวก ผู้ป่วยพึงพอใจมาก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล, แนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

¹นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (พ.บ., ว.ว. สาขากุมารเวชศาสตร์) โรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

*Corresponding Author; Oraphat Viriyaudomsiri , Email: onchaiyoja@gmail.com

The Results of Development of care for patients with diabetes mellitus and hypertension using telemedicine technology, Non Suwan District Health Network Buriram Province

Oraphat Viriyaudomsiri¹

Abstract

Research and development aims to develop a model and study the effectiveness of caring for people with diabetes mellitus and hypertension using telemedicine technology. Non Suwan District Health Network Buriram Province Applied in conjunction with the World Health Organization health system concept. Study the problems and context of developing telemedicine guidelines. Use multidisciplinary participation processes in every process. The sample group consisted of personnel caring for patients with diabetes mellitus and hypertension. There are a total of 15 people and diabetes mellitus patients. Hypertension treated with telemedicine between 1 October 2023 and 31 March 2024, a total of 350 people, 194 people with diabetes mellitus, 156 with hypertension were purposively selected. Results were measured using the Telemedicine Patient Care Effectiveness Assessment Scale. Using the Doctor Prom program along with medical examinations via Zoom. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, paired t tests, and effectiveness was evaluated using one sample t tests. The results of the study found that Patients need support from health workers. Lack of information forwarding. The patient cannot control his sugar and blood pressure. When developing a care model. It was found that diabetes mellitus patients had the average FBS decreased from 197.70 to 156.60 mg/dl. The average HbA1C decreased from 9.03 to 7.30%, reducing from before development. Mean systolic blood pressure decreased from 143.22 to 135.62 mmHg. Mean diastolic blood pressure decreased from 87.45 to 77.18 mmHg, a decrease from before development. Statistically significant at the 0.05 level ($p\text{-value} < 0.001$) and satisfaction with the service system is at the highest level ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.48$). Therefore, this form of development can reduce blood sugar levels and high blood pressure. Convenient access to services the patient is very satisfied.

Key word: diabetes patients, hypertensive patients, telemedicine technology, WHO-6 building blocks

¹M.D., Diploma of the Thai Board of Pediatrics., Non Suwan Hospital, Buriram Province

บทนำ (Introduction)

ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการเสียชีวิต 5 ล้านคน คาดว่าปี 2583 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน¹ และพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณ 1 พันล้านคน 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ร้อยละ 20-25 อายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการตาย ร้อยละ 25.3 เป็นสาเหตุการตาย 7.5 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งทั้งสองโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและของโลก พบมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆปี ซ้ำก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก² ปัญหาหลักของระบบการดูแลสุขภาพที่หลายประเทศกำลังประสบอยู่คือปัญหาของความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงระบบทางการแพทย์ ปัญหาการได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน ปัญหาคุณภาพการเข้าถึงการบริการและความคุ้มค่าต่อค่าใช้จ่าย³ การพลิกโฉมของระบบการสื่อสารระหว่างบุคคลได้เข้ามามีบทบาทและแสดงให้เห็นว่าถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลายในระดับนานาชาติ และมีการพัฒนามากขึ้น มีศักยภาพที่ดีจากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารหรือไอซีที (Information and Communication Technology: ICT) ที่ทันสมัย เช่น คอมพิวเตอร์ เครือข่ายโทรศัพท์มือถือ หรือแม้แต่ระบบ Telemedicine ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ของไอซีทีที่ได้รับการส่งเสริมเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาปรับปรุงเทคโนโลยีใหม่ ๆ ให้นำมาใช้ในการบริการการเรียนรู้การ

สอนทางด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่อง⁴ องค์การอนามัยโลกได้อธิบายคำว่า “การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)” อย่างกว้าง ๆ ไว้ว่าการ แพทย์ทางไกล คือ การให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำหรับการแลกเปลี่ยนที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยการรักษาป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาอาการบาดเจ็บ การวิจัยและประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์⁵ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหนักและอยู่ในสถานที่ห่างไกลหรืออยู่ในชนบทต้องการรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างทันที หรือเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถติดตามการรักษาผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านได้อย่างใกล้ชิด สามารถวินิจฉัยอาการได้โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ หรือกรณีแพทย์ผ่าตัดใช้จาวีดีโอติดตามการผ่าตัดคนไข้ได้โดยไม่ต้องเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง หรือการเชื่อมต่อระบบโรงพยาบาลกับสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ผลการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ เป็นต้น ในระดับภูมิภาคระดับชาติ หรือระดับนานาชาติ ได้มีการส่งเสริมหรือการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามาเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท⁶

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยที่ให้การรักษายาบาลโดยใช้ Telemedicine โดยเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โรงพยาบาลรับผิดชอบเป็นลูกข่าย โดยใช้ระบบ Video Conference ช่วยให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง⁴

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการจัดระบบการบริการ “การแพทย์วิถีใหม่” โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานใน 3 เรื่องใหญ่ ประกอบด้วย 1) ความปลอดภัย แยกเป็น 3 ส่วน คือ การปรับโครงสร้างใหม่ การปรับระบบการทำงานใหม่และคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากร 2) ลดความแออัด โดยจัดกลุ่มประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจน จัดบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และการใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตจะทำให้ 3) ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึง และยกระดับคุณภาพของบริการทางการแพทย์ ทิศทางการดำเนินงานเป็นการปรับเปลี่ยนการบริการทางการแพทย์จากเดิมที่มุ่งเน้นมารับการรักษาที่โรงพยาบาล สู่อบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล ออกแบบการบริการรูปแบบใหม่ นำระบบดิจิทัลเข้ามาบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับมาตรฐานการรักษาที่ดีขึ้นและมีความปลอดภัย ภายใต้หลักการ 2 P safety หนึ่งในกลุ่มโรคที่ได้เริ่มจัดทำ คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่หลากหลายเข้ามาช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานมากขึ้น ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งในด้านการให้คำปรึกษาอาการ การติดตามอาการ การสื่อสาร การให้สุศึกษา การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference (Telehealth หรือ Telemedicine) ได้ถูกนำเข้ามาใช้อย่างเป็นทางการ โดยบุคลากรทางการแพทย์มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการตัดสินใจเรื่องการรักษามากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล พบว่า มีโรงพยาบาล จำนวน 32 แห่ง ในพื้นที่ชนบท 8 จังหวัด ของประเทศไทยที่มีการปรับใช้เทคโนโลยีดังกล่าวและการรักษาผู้ป่วยทางไกล ซึ่งสามารถใช้ได้ในระบบ Android และ iOS Applications อีกทั้งใน เว็บไซต์โรงพยาบาล และ Applications อื่น ๆ ได้อีกด้วย ประโยชน์ของ Telemedicine ยังคาดว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ทั้งผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพได้ถึง 38 พันล้านบาทต่อปี หลังจากที่มีการดำเนินการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศภายในระยะเวลา 4 ปี⁸

รูปแบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้นวัตกรรมเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า

เครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน WinCare คือ บริการที่จะเข้ามาเสริมพลังของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคตให้สามารถรองรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ภายใต้ขีดจำกัดของทรัพยากรด้านกำลังคนในระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยผู้ให้บริการ WinCare คือ อาสาสมัครผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผ่านการฝึกอบรมมีศักยภาพในการเคลื่อนที่เข้าถึงบ้านผู้ป่วยจากการมียานพาหนะเป็นของตนเอง เข้าไปให้บริการที่นอกเหนือไปจากการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งในชุมชนสามารถเรียกใช้บริการได้ การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในการดูแลของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแอนด์ จำนวน 105 คน แบ่งเป็นที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว จำนวน 69 คน และรับบริการที่หน่วยบริการแบบเคลื่อนที่ จำนวน 36 คน เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจการรับบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่กับคลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแอนด์ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.197$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการสุขภาพที่คลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการแบบเคลื่อนที่ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.098$) สรุปได้ว่าใน

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ป่วยจะรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ หรือรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคไม่แตกต่างกัน¹⁰ โรงพยาบาลโนนสุวรรณ นำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) มาประยุกต์ใช้ ทำให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการตรวจรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบูรณาการมิติด้านการสื่อสารนำไปสู่ความปกติแบบใหม่ รองรับโลกแห่งเทคโนโลยีดิจิทัลที่ขับเคลื่อน โดยการใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารให้เกิดประโยชน์อย่างสูงช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยได้โดยไร้ข้อจำกัดในเรื่องเวลา สถานที่ สะดวก ประหยัดเวลาช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถบริหารจัดการเวลาในแต่ละกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงนำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยและพัฒนา ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-6 building blocks) โดยการวิเคราะห์ปัญหา สภาพบริบท สถานการณ์การพัฒนาแนวทางด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในทุกกระบวนการดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2023-139 ให้ไว้ ณ วันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากรศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งโรงพยาบาลโนนสุวรรณ และ รพ.สต.ดงอีจาน, รพ.สต.โกรกแก้ว, รพ.สต.ทุ่งจังหัน รวมทั้งสิ้น 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) วัดผลโดยใช้แบบประเมินประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) จำนวนทั้งสิ้น 350 คน แบ่งเป็นเบาหวานจำนวน 194 คน ความดันโลหิตสูงจำนวน 156 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 1) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย ได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ และมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่อยู่ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล 4) ผู้ป่วยมีการรับรู้ปกติ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูงย้ายที่อยู่ 2) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย 3) พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการวิจัย หรือต้องเปลี่ยนการรักษา

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

2. แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการศึกษาบริบทสภาพปัญหาและความต้องการของการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน ความดันด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น 3. แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจรักษาในระบบด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566–31 มีนาคม 2567

ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนที่ 1

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นวางแผน (Planning)

1. แต่งตั้งคณะทำงานบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-6 building blocks)

WHO: 6 building blocks	แผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล
การให้บริการ (Service Delivery)	- กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) - กำหนด clinical practice guideline เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ

เบาหวานและความดันโลหิตสูงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ 2. ศึกษาสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ร่วมกับทีมบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 3. จัดทำแผน “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine)” เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์” ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-6 building blocks) ดังตารางแสดงที่ 1 4. แบบบันทึกข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจรักษาในระบบเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ของโรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	- ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง - ปรับระบบบริการที่มีบุคลากรปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบงานในส่วนของคลินิกหอบหืดรอบครัว เพื่อออกไปติดตามเยี่ยมบ้านในพื้นที่โดยมีการติดตามดูแลแบบ chronic care, Long term care แบบครบวงจร สำหรับกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีออกติดตามดูแลโดยเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้าน
ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information Systems)	- มีการปรับระบบสารสนเทศหรือใช้ระบบสารสนเทศ เพื่อช่วยในการสื่อสารข้อมูลก่อนและหลังสำหรับผู้รับบริการและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก ระบบการจัดบริการในคลินิกจะมีการแบ่งผู้ป่วยตามระดับการควบคุมโรค แล้วในแต่ละกลุ่มจะมีแนวทางการจัดบริการที่แตกต่างกันตามความเหมาะสม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 gated ดังนี้ 1. การจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมได้ดี 2. การจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลาง 3. การจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ไม่ดี ซึ่งในแต่ละกลุ่มก็จะมีแนวทางการจัดบริการที่แตกต่างกันตามรูปแบบบริการ - แพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปตรวจรักษาผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางคลินิก รพ.สต. แห่งละ 1 วัน/เดือน ใช้เวลาครั้งละ 4 ชั่วโมง โดยใช้โปรแกรมหมอพร้อม stain ควบคู่กับการตรวจรักษาผ่านระบบ Zoom meeting
การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)	- จัดให้มีการปรับระบบ คลังยาและการส่งมอบยาที่เหมาะสมหรือใช้ระบบการเติมยาในชุมชน เพื่อลดการแออัด - มีการเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยพื้นที่นำมาส่งที่โรงพยาบาลโนนสุวรรณ
การจัดระบบการเงิน (Financing)	เบิกค่าบริการจาก กองทุนแพทย์ทางไกล
การอภิบาลระบบ (Governance)	ให้ความสำคัญตามหลัก 2P Safety (Patient and Personnel Safety)

ชั้น ปฏิบัติการ (Action)

ดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ขั้นการสังเกต (Observe) การสังเกต ติดตาม และสัมภาษณ์ ขั้นตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ การสะท้อนผล (Reflection) ประเมินผลโดยการประเมินคุณภาพด้านกระบวนการและผลลัพธ์

1. ประเมินประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์
2. ประเมินผลถอดบทเรียนประกอบด้วย
 - 2.1 สรุปผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์
 - 2.2 สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
 - 2.3 สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ
 - 2.4 ถอดบทเรียนการดำเนินงานตามมาตรฐาน (วิเคราะห์และพัฒนาส่วนที่ขาด)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมทีมบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชี้แจงแนวทางและวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ชี้แจงแนวทางการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลในแบบสอบถามให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัย การเก็บรักษาความลับ

2. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
3. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ระดับดีมาก (4.50–5.00 คะแนน) ระดับดี (3.50–4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) ระดับควรปรับปรุง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 คะแนน 4. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) เกณฑ์ และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50–5.00) ระดับมาก (3.50–4.49) ระดับปานกลาง (2.50–3.49) ระดับน้อย (1.50–2.49) ระดับน้อยที่สุด (2.50–1.49) 5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้สถิติ paired t test 6. เปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ ≥ 40 (DM good control

หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า HbA1C $< 7\%$ หรือระดับ FBS 80–170 mg/dl และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ≥ 60 (HT good control หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันซิสโตลิก < 130 , ความดันไดแอสโตลิก < 80 mmHg โดยใช้สถิติ one sample t test

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ ได้แก่ โรงพยาบาลโนนสุวรรณ รพ.สต.ดงอีจาน รพ.สต.โกรกแก้ว และ รพ.สต.ทุ่งจังหัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30–40 ปี และต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 43.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.57 ปี (S.D. = 7.253) สถานภาพโสด ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.3 มีอาชีพพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.7 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.20) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 61–70 ปี (ร้อยละ 38.80) รองลงมา มากกว่า 70 ปี (ร้อยละ

30.20), 51-60 ปี (ร้อยละ 25.20), 41-50 ปี (ร้อยละ 3.20), 41-40 ปี (ร้อยละ 2), และจำนวนน้อยสุดคืออายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 0.6) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ (ร้อยละ 60.80) รองลงมา หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 18.40), โสด (ร้อยละ 12.20), หม้าย (ร้อยละ 8.60) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 79.40) รองลงมา มัธยมศึกษา (ร้อยละ 10.80), ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 6.20) และปริญญาตรี (ร้อยละ 3) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 0.60) 2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ มิติของผู้รับบริการ: ก่อนประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) จะมีการนัดติดตามอาการ เดือนละ 1 ครั้ง ถ้าอาการปกติ จะนัดห่างกัน 2 หรือ 3 เดือนตามบริบท ผู้รับบริการมีความต้องการการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต และช่วยประสานกรณีพบความดันโลหิตผิดปกติ ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่อยากเดินทางไกล มิติของผู้ให้บริการ: ก่อนมาประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) แบ่งประเภทผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สีแดง คือกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ สีเหลือง คือกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ระดับปานกลาง และสีเขียว คือกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี ส่วนรูปแบบ

บริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ต้องการให้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการประชุมทางวิดีโอ (Video call) ในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการให้สุขศึกษาหลังผู้ป่วยเข้ารับบริการ มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ได้ มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การประชุมทางวิดีโอ สนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต และ DTX ในหมู่บ้านหรือชุมชน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ประกอบด้วยเตรียมข้อมูลผู้ป่วย เชื่อมโยงระบบสื่อสารและฐานข้อมูล ตรวจร่างกายและสั่งการรักษา บันทึกการรักษา จัดยาและให้คำแนะนำผู้ป่วย และออกวันนัดติดตาม การเชื่อมต่องานระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านโปรแกรม Telemedicine และบันทึกฐานข้อมูล HosXP หรือ HosPCU ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแบ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามอาการ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 สีเขียว ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ กลุ่มที่ 2 สีเหลือง ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ไม่ดี แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ 3 สีแดง ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันน้ำตาลและความดันโลหิตได้ไม่ดีและอาจมีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะประสานข้อมูลตัวน ไปยังพยาบาล Case manager และส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป 3. ผลการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ 3.1 ด้านบุคลากรหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล

(telemedicine) ของบุคลากรสาธารณสุข (n=15) พบว่า มีระดับการบริหารจัดการรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.65$) ยกเว้นกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ทีมสหวิชาชีพพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย, จำนวนบุคลากรเพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.67$) ดังตารางแสดงที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ การบริหารจัดการตาม WHO-6 building blocks

WHO-6 building blocks	$\bar{X}$	SD	ระดับบริหารจัดการ
1. การให้บริการ (Service Delivery) กำหนด CPG, telemedicine ด้วยแพทย์, คำแนะนำสุขภาพ, คัดกรองภาวะแทรกซ้อน, ส่งต่อตาม CPG	4.24	0.65	มาก
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ทีมสหวิชาชีพพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย, จำนวนบุคลากรเพียงพอ	3.44	0.67	ปานกลาง
3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information Systems) ระบบให้คำปรึกษา, ระบบการส่งต่อข้อมูล,	4.12	0.53	ดี
4. การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines) ระบบยาและการส่งมอบ, เครื่องมือสนับสนุน, อุปกรณ์เจาะเลือด	3.88	0.59	ดี
5. การจัดระบบการเงิน (Financing) ระบบเบิกจ่ายงบประมาณ	3.60	0.66	ดี
6. การอภิบาลระบบ (Governance) ผู้ป่วยรับบริการครบถ้วน, ทีมเครือข่ายบริการปฏิบัติตามภารกิจ, ปฏิบัติตามนโยบาย	3.79	0.81	มาก
รวม	3.85	0.65	ดี

3.2 ด้านผู้ป่วย การศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 194 คน ป่วยนานมากกว่า 6 ปี (ร้อยละ 65.80) เมื่อเปรียบเทียบการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ย FBS ลดลงจาก 197.70 เป็น 156.60 mg/dl ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลงจาก 9.03 เป็น 7.30 % ลดจากก่อนพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วย

เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 3 และภายหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) มีผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ (ร้อยละ 40) โดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่มีค่าระดับ FBS อยู่ในช่วง 80–170 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 68.8 และผู้ที่มีค่า HbA1C $< 7\%$ คิดเป็นร้อยละ 57.5

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ FBS และ HbA1C ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

FBS/ HbA1C	ก่อนพัฒนา ระบบ		หลังพัฒนา ระบบ		Mean difference ($\bar{d}$)	95% CI of Mean difference		t	df	p- value
	Mean	SD	Mean	SD		Lower	Upper			
FBS	197.70	36.10	156.60	47.80	41.10	40.16	42.04	6.80	194	<0.001
HbA1C	9.03	2.10	7.30	1.20	1.70	0.76	2.64	9.10	194	<0.001

ผู้ป่วยความดัน จำนวน 156 คน ป่วยนานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 62.30) เมื่อเปรียบเทียบการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยความดันมีระดับซิสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 143.22 เป็น 135.62 mmHg ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 87.45 เป็น 77.18 mmHg ลดจากก่อนพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วย

เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงตารางที่ 4 และภายหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) มีผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีตามเกณฑ์ (ซิสโตลิก < 130 , ไดแอสโตลิก < 80 mmHg) เท่ากับร้อยละ 28.60 ซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่าก่อนได้รับการรักษา (ร้อยละ 18.60)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ Systolic blood pressure (SBP) และ Diastolic blood pressure (DBP) ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

Blood Pressure	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		Mean	95% CI of		t	df	p-value
	ระบบ		ระบบ		difference	Mean difference				
	Mean	SD	Mean	SD	($\bar{d}$)	Lower	Upper			
SBP	143.22	17.96	135.62	11.60	0.97	0.03	1.91	6.62	156	<0.001
DBP	87.45	14.92	77.18	10.50	0.78	0.16	1.72	5.42	156	<0.001

3.3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนา การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตมีความพึงพอใจต่อระบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.62, SD = 0.48) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจ เรียงลำดับจากมากไปน้อย 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1 ได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็วไม่ต้องรอนาน ($\bar{X}$ = 4.75, SD = 0.57) ลำดับ 2 ได้รับแจ้งผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตทุกครั้ง ($\bar{X}$ = 4.79, SD = 0.54) ลำดับ 3 ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ ปัสสาวะ 1 ครั้ง ($\bar{X}$ = 4.78, SD = 0.68) ลำดับ 4 แพทย์ผู้ให้การรักษาเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถาม ($\bar{X}$ = 4.75, SD = 0.54) ลำดับ 5 แพทย์และพยาบาลมีอัธยาศัยดีเต็มใจบริการ ($\bar{X}$ = 4.76, SD = 0.55)

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

การศึกษานี้ประสิทธิผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-6 building blocks) พบว่า 1. ผลลัพธ์ด้านบุคลากรของบุคลากรสาธารณสุข การตรวจทางเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) พบว่า มีระดับการบริหารจัดการรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X}$ = 3.85, SD = 0.65) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจพัทธ์สวัสดิ์ ครอบภูมิ (2564) ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางการแพทย์นำไปสู่ความปกติวิถีใหม่ ที่ต่อยอดเป็นนวัตกรรมผ่าน Application พบหมอ เพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ด้านการสื่อสาร ในการตรวจวินิจฉัยและให้คำแนะนำ พุดคุยผ่านระบบประชุมวิดีโอ (Video call) ทำให้เกิดการบูรณาการมิติด้านการสื่อสาร

และจากการศึกษาพบว่า กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ทีมสหวิชาชีพพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย, จำนวนบุคลากรเพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.67$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วณิดา สมภูงา และมะลิ สุปัติ (2565) ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยหลักการ 6 Building block จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการพัฒนารูปแบบโดยมีคณะกรรมการดำเนินงานจัดการโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการนำและการอภิบาล มีการตั้งคณะทำงานและกำกับติดตามทำให้งานมีประสิทธิภาพ ด้านระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์มีการใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารเพื่อช่วยในการเข้าถึงการรับบริการและด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สามารถทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการรับบริการได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว แต่พบว่ามีโอกาสในการพัฒนา 3 ด้านคือ ด้านระบบบริการ ด้านกลไกการคลังด้านสุขภาพ และด้านกำลังคนที่จะต้องพัฒนาศักยภาพและเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการเพื่อสอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น และในรูปแบบการพัฒนาที่ยึดหลักชุมชนเป็นศูนย์กลางใกล้บ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุขคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดกับทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้

คำแนะนำ ดูแลภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ย FBS ลดลงจาก 197.70 เป็น 156.60 mg/dl ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลงจาก 9.03 เป็น 7.30 % ลดจากก่อนพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนผู้ป่วยความดัน มีระดับซิสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 143.22 เป็น 135.62 mmHg ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 87.45 เป็น 77.18 mmHg ลดจากก่อนพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็วไม่ต้องรอนาน ได้รับแจ้งผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตทุกครั้ง ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ปีละ 1 ครั้ง แพทย์ผู้ให้การรักษาเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถาม แพทย์และทีมสหวิชาชีพให้สุขศึกษาตามมาตรฐาน ในส่วนของผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ (ร้อยละ 40) โดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่มีค่าระดับ FBS

อยู่ในช่วง 80–170 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 68.8 และผู้ที่มีค่า HbA1C < 7% คิดเป็นร้อยละ 57.5 และผู้ป่วยความดันสามารถควบคุมระดับความดันได้ดีตามเกณฑ์ (ซิสโตลิก < 130, ไดแอสโตลิก < 80 mmHg) เท่ากับร้อยละ 28.60 ซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่าก่อนได้รับการรักษา (ร้อยละ 18.60) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ บินตะคุ (2566) ศึกษาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เมื่อให้บริการด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยได้ครบถ้วนและสั่งการรักษาได้ตรงตามสภาพปัญหา ผู้ป่วยเองสะดวกกว่าเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการประเมินและการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นลูกข่าย เชื่อมระบบการจัดบริการด้วยระบบสื่อสารที่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลประวัติและการรักษาผู้ป่วย สั่งการรักษา จัดยาและให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านสุขภาพลดลง ควบคุมเบาหวานได้ดี ลดเวลารอคอยที่สถานบริการลง และรู้สึกว่าคุณภาพการบริการไม่ต่างจากการไปรับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แต่จากการศึกษาวิจัย

พบว่ามีโอกาสพัฒนาในเรื่องของ กำลังคน ซึ่งทางด้านผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง พบว่า มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ เพื่อบริการยังไม่เพียงพอ รวมทั้ง การสนับสนุนเครื่องมือในการปฏิบัติงาน อุปกรณ์ด้านสารสนเทศ และควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ บุญมาศ บุศยารักษ์ (2566) ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ภายใต้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 building blocks) ได้ 1) ศึกษาสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองนครปฐม 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ พบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น บุคลากรได้รับการสนับสนุนให้เกิดการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงด้วยระบบเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ครอบคลุมกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (6 building blocks) อยู่ในระดับดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ 3. ผู้ป่วยเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.48$) พิจารณารายข้อพบว่าได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็วไม่ต้องรอนาน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.57$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ บินตะคุ (2566) และบุษยมาส บุศยารัตน์ (2566) ในด้านความสะดวกสบายในการรับบริการ ความรวดเร็วในการรักษา การเข้าถึงบริการ เกิดความพึงพอใจในผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ ดังนั้นจึงสามารถนำไปเป็นรูปแบบสำหรับการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ ได้
2. ควรมีการศึกษาลักษณะทาบในระยะยาว เพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
3. ควรมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาปรับใช้ให้เป็นรูปแบบเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณทีมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย สหวิชาชีพจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ ทนพ.กรณมณีธนา ปุณณศิริมั่งมี ที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะและตรวจแก้ข้อบกพร่องตลอดการวิจัยทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สถิตย์ นิรมิตมหาปัญญา, ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, วีระศักดิ์ศรีนภากร, นภา ศิริวิวัฒนากุล, สิทธิชัย อาชายินดี และคณะ. โรคเบาหวาน Thailand Medical Services Profile 2011 – 2014. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]; เข้าถึงจาก: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/ThailMedicalServices.php?y=2014&l=tmssp1.0>
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถาน-การณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2566]. เข้าถึงจาก <https://ddc.moph.go.th/>

- uploads/publish/1035820201005073
556.pdf
3. สถาบันพระปกเกล้า. ก้าวข้ามความเหลื่อมล้ำ : ความท้าทายของสังคมไทย. กรุงเทพฯ:สถาบันพระปกเกล้า. 2562.
 4. ไพศาล มณีสว่าง. รายงานโครงการพัฒนาต้นแบบของเทคโนโลยีที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบทโดยการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบทโดยผ่านเครือข่ายดิจิทัลความเร็วสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2566]. เข้าถึงจาก <http://nuradio.nu.ac.th/?p=4096>.
 5. World Health Organization. A health telematics policy: Report of the WHO Group consultation on health telematics Geneva, 11–16 December 1997. World Health Organization. 1998.
 6. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์. 2560.
 7. กองบริหารสาธารณสุข. (2563). การดำเนินการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New normal Medical Service). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2563.
 8. Gunawan J, Aungsuroch Y, Marzilli C. New Normal in Covid-19 Era: A Nursing Perspective from Thailand. J Am Med Dir Assoc. 2010;21(10), 1514-1515.
 9. ราม รัชลินธุ์, มติรุทธ มุ่งถิ่น, ปนัดดา หัตถโชติ, บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์, ยุภาพร ศรีจันทร์. การพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้นวัตกรรมเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563.
 10. กิตติภาพ แจ่มใสภณ. ประสิทธิภาพของหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น อำเภอปราสาท จังหวัด สุรินทร์. PCFM.2563;3(3), 21-34. 2563.
 11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้ DMS Telemedicine กรมการแพทย์ Version 1.0 (2023) . กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2566; 6-22.
 12. รุจฟ้าสวัสดิ์ ครอบงมินทร์. การแพทย์ทางไกลแอปพลิเคชันพบหมอกับความปกติใหม่หลังโควิด 19 ด้วยมุมมองทางทฤษฎีสื่อสารมวลชน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต 2564; 17(1):18–36.

13. วนิดา สมภูงา, มะลิ สุปัติติ. ประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยหลักการ 6 building blocks จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15(1):142-55
14. ประเสริฐ บินตะคุ. (2566). การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Telemedicine NCDs on Cloud). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(3), 127-140.
15. บุญยมาศ บุศยารัศมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2566;42(1): 63-77.

ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ศิริลักษณ์ สีสมบัติ¹ และ ผศ.ดร.สุรัชย์ พิมพ์หา²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยเก็บข้อมูล 171 คน จากประชากรทั้งหมด 248 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ 0.97 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 25 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมของระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ระดับการสื่อสาร และระดับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.49), 4.14 (S.D.=0.45) และ 4.15 (S.D.=0.45) ตามลำดับ โดยพบว่าภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.688$, $p\text{-value}<0.001$) และ ($r=0.585$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ และตัวแปร 3 ตัวประกอบด้วย ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ การสื่อสารด้านการบริหารจัดการข้อมูล และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือมีผลและสามารถร่วมพยากรณ์ การปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.7 ($R^2=0.547$, $p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การสื่อสาร, การปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ²อาจารย์ กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author; Sirilak Seesombut, Email: Sirilak.se@kkumail.com

Received: March 16, 2024; Revised May 28, 2024; Accepted June 14, 2024

KEY SUCCESS FACTORS AND COMMUNICATION AFFECTING THE NATIONAL HEALTH SECURITY OPERATION OF SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL DIRECTORS IN KHON KAEN PROVINCE

Sirilak Seesombut¹, Surachai Pimha²

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to investigate key success factors and communication affecting the national health security operation of sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province. The study was conducted among the population of sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province. Data were collected from a total of 171 respondents out of 248 in the population, who answered questionnaires. Additionally, 12 key informants were interviewed using in-depth interview guidelines for qualitative data gathering. The survey underwent examination and validation by three experts for content validity and was tested for reliability in a pilot study, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.97. Data collection took place from January 25th to February 22nd, 2024. Data analysis was conducted using descriptive and inferential statistics at a significance level of 0.05.

The results indicate that the overall levels of key success factors, communication, and the national health security operation of sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province were high, with averages of 4.23 (S.D.=0.49), 4.14 (S.D.= 0.45), and 4.15 (S.D.=0.45), respectively. Key success factors and communication showed a moderate positive relationship with the national health security operation of sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province ($r=0.688$, $p\text{-value}<0.001$) and ($r=0.585$, $p\text{-value}<0.001$), respectively. Three variables were identified: key success factors in improving the quality of medical care and the image of the service facility, communication and follow-up to create understanding, and cooperation. Together, these variables could jointly predict the functional aspect of the national health security operation of sub-district health promoting hospital directors at 54.7% ($R^2=0.547$, $p\text{-value}<0.001$).

Keywords: Key success factors, Communication, National health security operation

¹ Thesis Advisees , Master of Public Health Thesis in Public Health, Administration Graduate School, Khon Kaen University.

² Thesis Advisor , Administration Graduate School, Khon Kaen University.

บทนำ (Introduction)

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนในช่วงระหว่างปี 2558 – 2573 ให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ และสำหรับประเทศไทยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเรียก 30 บาท รักษาทุกโรค เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี 2545 และได้มีการผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุข และระบบคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม ซึ่งมีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี¹ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขวางกรอบและทิศทางการทำงานโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน”² มีการกำหนดภารกิจการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยตั้งแต่เกิดจนสิ้นอายุขัย เพื่อลดการเจ็บป่วย ลดความยากจนของประชาชน และสร้างความเท่าเทียมในการรับบริการ รวมถึงความครอบคลุมสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐในด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อต่อยอด 30 บาท รักษาทุกที่ และใช้มาตรการสาธารณสุขขับเคลื่อนและฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งจังหวัดขอนแก่น มีผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน³ จากการดำเนินงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ภาพรวมของผลการบริการคุ้มครองสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นประเด็นปัญหา ได้แก่ สิทธิประโยชน์และวิธีการลงทะเบียนสิทธิ หน่วยบริการในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร , ไม่ได้รับบริการตามสิทธิที่กำหนด และมาตรฐานการให้บริการ

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนาระบบบริการประชาชนตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเพื่อสามารถนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุข รวมถึงการสนับสนุนการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษา ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น 2.2 ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ระดับการสื่อสาร และระดับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น 2.3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Descriptive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน ซึ่ง

ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มประชากรทั้งหมด

กลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์

เชิงลึก พิจารณาคัดเลือกจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และผู้รับผิดชอบงานกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งสิ้น 12 คน ที่เป็นผู้ยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลมี 2 ชุด ชุดที่ 1 จำนวน 84 ข้อ ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 3 การสื่อสาร ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณกำหนดประเด็นไว้ 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 2 การสื่อสาร ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดย (Item Objective Congruence : IOC) ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เพื่อหาความสอดคล้อง โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) พบว่า ค่าความเที่ยงภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเท่านั้น โดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก
2. ส่งหนังสือเพื่อขอรายชื่อกลุ่มประชากรศึกษา หรือ กลุ่มตัวอย่าง (Try out) ถึงองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
3. ขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และประธานศูนย์เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ในการเก็บข้อมูลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 แห่ง
4. นำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เข้าพบนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจง วัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามในหนังสือความร่วมมือจากกลุ่มประชากรศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติอนุมาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน ส่วนแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย 3) หลักยุติธรรม ผู้วิจัยให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยให้ข้อมูลที่เพียงพอ และมีอิสระในการตัดสินใจยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2567 เลขที่ HE662257

ผลการวิจัย (Result)

จากการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน และได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มประชากรศึกษา และผู้วิจัยได้นำข้อมูล

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มประชากรศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 50.3 มีอายุระหว่าง 46–55 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 มีอายุเฉลี่ย 50.49 ปี (S.D. = 7.04 ปี) (Median = 51 ปี) (Min. = 33 ปี) (Max. = 60 ปี) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 74.8 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนระหว่าง 45,001 – 55,000 บาท จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 (Mean = 52,877.25 บาท)(S.D. = 9,320.57 บาท)(Min. = 25,000 บาท)(Max. = 80,000 บาท) และโดยส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 95 คน ร้อยละ 55.6 มีค่าเฉลี่ย 10.49 ปี (S.D. = 7.67 ปี) (Median = 10 ปี) (Min. = 1 ปี) (Max. = 37 ปี)

2. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มประชากรศึกษาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย

4.23 (S.D.= 0.49) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D. = 0.53) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.27 (S.D.=0.59) ส่วน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D.=0.67) ส่วนรองลงมาคือ ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.55)

3. ระดับการสื่อสารของการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มประชากรศึกษาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.= 0.45) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสื่อสารด้านการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D. = 0.55) ส่วนรองลงมา คือ การสื่อสารด้านการสื่อสารเป็นทางการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.59) ส่วนการสื่อสาร ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ

ด้านการสื่อสารไม่เป็นทางการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.84) ส่วนรองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการข้อมูล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D.=0.45)

4. ระดับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มประชากรศึกษาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D.= 0.45) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D. = 0.53) ส่วนรองลงมา คือ ด้านการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของประชาชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D.=0.47) ส่วนการปฏิบัติงาน ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดด้านการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.=0.54) ส่วนรองลงมาคือ ด้านกลไกอภิปาลและระบบบริหารจัดการองค์กร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.=0.56)

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
ขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
นัยสำคัญ 0.01 ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
และ การสื่อสาร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) **ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** พบว่า ภาพรวม
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ระดับ
ปานกลาง กับการปฏิบัติงานตามระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
ขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($r=0.688$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณา
รายด้าน พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จส่วน
ใหญ่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการ
ปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงาน
ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น				
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (r)	95% CI		P - value	ระดับความ สัมพันธ์
		Lower	Upper		
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.688***	0.589	0.771	<0.001	ปานกลาง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน	0.477***	0.327	0.608	<0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีแผนงาน สนับสนุน	0.549***	0.399	0.668	<0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อม และสนใจในการมีส่วนร่วม	0.613***	0.504	0.711	<0.001	ปานกลาง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิด ความร่วมมือ	0.648***	0.547	0.740	<0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและ ภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.671***	0.589	0.755	<0.001	ปานกลาง
6. ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.554***	0.437	0.671	<0.001	ปานกลาง

***Correlation is significant < 0.001 level

2) **การสื่อสาร** พบว่า ภาพรวม การสื่อสาร
มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

กับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.585$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสื่อสารส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสื่อสารกับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

การสื่อสาร	การปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น				
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	95% CI		P - value	ระดับความสัมพันธ์
		Lower	Upper		
การสื่อสาร	0.585***	0.465	0.687	<0.001	ปานกลาง
1. การสื่อสารเป็นทางการ	0.539***	0.410	0.672	<0.001	ปานกลาง
2. การสื่อสารไม่เป็นทางการ	0.257***	0.066	0.413	<0.001	ต่ำ
3. การสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์	0.400***	0.264	0.543	<0.001	ปานกลาง
4. การบริหารจัดการข้อมูล	0.572***	0.470	0.680	<0.001	ปานกลาง

***Correlation is significant < 0.001 level

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ ด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($p\text{-value} < 0.001$)

ด้านการบริหารจัดการข้อมูล ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($p\text{-value} = 0.012$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	95% CI		Beta	T	P-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
		Lower	Upper							
1. ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จด้าน การพัฒนาศูน คุณภาพการ รักษาพยาบาล และภาพลักษณ์ ของสถานบริการ	0.275	0.146	0.405	0.359	4.192	<0.001	0.671	0.451	0.447	0.451
2. การสื่อสารด้าน การบริหารจัดการ ข้อมูล	0.244	0.140	0.347	0.285	4.653	<0.001	0.728	0.530	0.524	0.079
3. ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จด้าน การสร้างความรู้ เข้าใจและกระตุ้น ให้เกิดความ ร่วมมือ	0.183	0.040	0.326	0.220	2.527	0.012	0.740	0.547	0.539	0.017
ค่าคงที่ 1.174 , F = 67.181, p-value < 0.001 , R = 0.740 , R ² = 0.547 , R ² adj = 0.539										

7. ปัญหา อุปสรรคและ
ข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานตาม
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยภาพรวมข้อมูล
จากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถาม
ทั้งหมด 171 ฉบับ พบว่า กลุ่มประชากรศึกษาได้
เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 52
ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 30.41

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากผลการศึกษาปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ดัง
รายละเอียดดังต่อไปนี้ 1. ระดับปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จกับการปฏิบัติงาน ตามระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.49) เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และในการปฏิบัติงานในทุกองค์กรสิ่งที่ไม่ได้ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมและส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้ ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยเคยทำการศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก^{4,5,6} อย่างไรก็ตามในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และบริบทการปฏิบัติงานรวมทั้งมีสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับปานกลาง⁷

2. ระดับการสื่อสารกับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.=0.45) เนื่องจากการสื่อสารถือว่าเป็นกระบวนการในการถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก อาจอยู่ในลักษณะของท่าทาง วาจา ตัวหนังสือ อื่น ๆ โดยถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหรือหลายคน¹⁶ และการสื่อสารมีวัตถุประสงค์เพื่อความเข้าใจร่วมกันของผู้สื่อสารและผู้รับสารต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อใช้ในการกระตุ้นการปฏิบัติงานของผู้ได้บังคับบัญชา และการส่งต่อข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงานตามแนวทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสื่อสารมีผลต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก^{8,9,10} และเนื่องจากการสื่อสารมีหลายขั้นตอนและหลายองค์ประกอบ ซึ่งส่งผลให้การสื่อสารของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามบริบท ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความสอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับงานวิจัยอื่นที่มีผู้วิจัยศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสื่อสารกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานอยู่ในระดับปานกลาง⁸

3. ระดับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D.=0.45) เนื่องจากการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมตามความจำเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนด้วยกลไกการบริหารจัดการที่ดำรงไว้ซึ่งธรรมาภิบาลตามกรอบยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติของปี พ.ศ. 2566–2570 เป็นระบบที่มีการพัฒนาเพื่อสุขภาพของประชาชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาวิจัยไว้แล้ว พบว่าระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก^{8,5,6} และเนื่องจากการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในบางพื้นที่อาจจะมีบริบทของการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันในด้านของความพร้อมด้านงบประมาณ อัตรากำลัง และอุปกรณ์สารสนเทศ ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับปานกลาง⁷

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพชาติของ ผู้

อำนวยการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.688$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสาน แก่ประชาชนทุกช่วงอายุตลอดจนแรกเกิดถึงสิ้นอายุขัยในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการบริการต้องปฏิบัติงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ ซึ่งจะเน้นตามสภาพปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ซึ่งได้รับการหาสาเหตุของปัญหาในพื้นที่รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลสุขภาพของประชาชนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สำเร็จและสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เป้าหมายที่ต้องการ¹¹ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

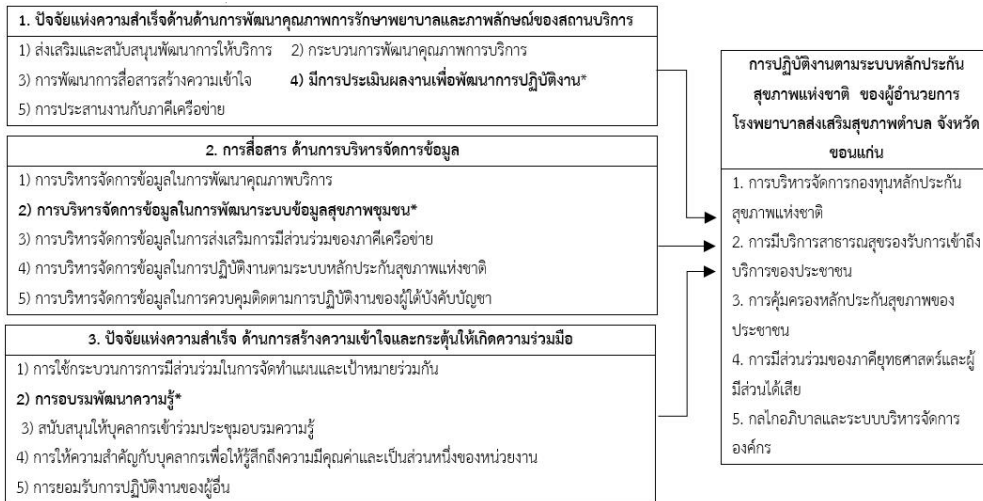
ตำบล^{12,13} เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานมีปัจจัยทางด้านของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงงบประมาณในการบริหารจัดการภายในองค์กร หรือนโยบายเร่งด่วนที่ให้ดำเนินการและทำการแก้ไข รวมถึงกิจกรรมที่ต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันไป ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความสอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับงานวิจัยอื่นที่มีผู้วิจัยศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{14,15,16} และภาพรวมการสื่อสารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.585$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการสื่อสารเป็นกระบวนการสนับสนุนการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานมาก เนื่องจากการสื่อสารเป็นกระบวนการถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก อาจจะอยู่ในลักษณะของท่าทาง วาจา ตัวหนังสือ อื่นๆ โดยการถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหรือหลายคน¹⁷ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มี

ผู้วิจัยศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสื่อสารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{9,18,19} เนื่องจากการสื่อสารในการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และแนวทางการปฏิบัติงานตามแนวทางใหม่ เพื่อให้สอดคล้องการยุทธศาสตร์ของสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องให้ความสำคัญในการสื่อสารในการทำงานเพื่อเป็นการประสานงานภายในองค์กร หรือเครือข่ายหน่วยบริการ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความสอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีผลวิจัยศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสื่อสารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{20,21}

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบ

ขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ ดังภาพที่ 1



หมายเหตุ : * หมายถึง ตัวแปรรายชื่อที่สามารถ ช่วยพยากรณ์การปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่มีค่าเปลี่ยนน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการประเมินผลงานเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานและการประสานงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
 1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการบริหารจัดการข้อมูลในการพัฒนาข้อมูลสุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
 1.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการใช้กระบวนการอบรมพัฒนา

ความรู้การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้การปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติงานตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการข้อมูลในการพัฒนาข้อมูลสุขภาพชุมชน ใช้ในการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานตามระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล

กิตติกรรมประกาศ

(Acknowledgement) ขอขอบพระคุณคุณ
พ่อคุณแม่ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
ตลอดจนคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ข้อเสนอแนะ
สนับสนุนและผลักดันให้การทำวิทยานิพนธ์
ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ. แผนปฏิบัติราชการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566 –
2570 ; 2565.
2. กระทรวงสาธารณสุข. การ
ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ
ระดับอำเภอ. นนทบุรี : กระทรวง
สาธารณสุข ; 2557.
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ขอนแก่น. (2566). ข้อมูลบุคลากร
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด
ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566.
ขอนแก่น: องค์การบริหารส่วน
จังหวัดขอนแก่น.
4. พรรษา อินทร์รัมย์ และประจักษ์ บัว
ผัน. บรรยาการองค์การและปัจจัย

แห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานของนักวิชาการ
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม.
วารสารวิจัย มข. (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา), 22(2), 201-212 ;
2565.

5. เปรมากร หยาดไธสง และประจักษ์
บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค
โควิด 19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย
มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 22(2),
175-188 ; 2565
6. นิชาภา หลังแก้ว และชนะพล ศรีฤ
ชา. บรรยาการองค์การและการ
สนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพ
ผลงานบริการของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์.
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(38),
685-704 ; 2564.
7. สุกานดา สีลาพัฒน์ และประจักษ์
บัวผัน (2566). ปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จและการสนับสนุนจาก
องค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
สุขภาพิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่

- สาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 23(1), 14-25 ; 2566
8. เสาวนีย์ ม่วงนิล, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พิมหา, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุพัฒน์ กองศรีมา, ศรีณยา พันธุ์โยธา และณัฐกร นิลเนตร. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(3) , 936 – 951 ; 2566
 9. สุระศักดิ์ เจริญคุณ และชนะพล ศรีธาดา. สุนทรีทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 13(3), 69-77 ; 2563
 10. ทักษิณา บุญพันธ์, ประจักษ์ บัวผัน และชัย ญา อภิบาลกุล. คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) , 19(3) , 142-153 ; 2562.
 11. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชากร และเกษม เวชสุทรานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.; 2553.
 12. สิริพร จงมีศิลป์, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พิมหา, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุพัฒน์ กองศรีมา, พิทยา ธรรมวงศา, และคณะ. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(3), 994-1010 ; 2566
 13. ศุมาลิดา ดีจันทร์ และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดเลย. วารสารวิจัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา), 19(2), 166-176 ;
2562.
14. นรภัทร น้อยสุวรรณ และประจักษ์
บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและ
ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อ
คุณภาพชีวิตการทำงานของทันต
บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัด นครราชสีมา.วารสารทัน
ตภิบาล, 34(1) , 71-83 ; 2566.
 15. จักรกฤษณ์ อาสาสะนา, ประจักษ์
บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก และ
ธนมณฑชนก พรหมพินิจ. ปัจจัย
ทางการบริหารและปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานของทีมนมอรรคบริว
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.
วารสารวิจัย มข. (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา), 23(2), 184-197 ;
2566
 16. เจริญรัตน์ บุญที, ประจักษ์ บัวผัน
และนพรัตน์ เสนาฮาด. ปัจจัย
ทางการบริหารและปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานคัมครองผู้บริหารของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข.
(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 23(2), 159-
171 ; 2566
 17. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหาร
สาธารณสุข. ขอนแก่น : ภาควิชา
บริหารงานสาธารณสุข คณะ
สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2558.
 18. นิรุบล ดีพลกรัง, ประจักษ์ บัวผัน
และสุรัชย์ พิมหา. สุนทรียทักษะ
ภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่
มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันต
แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
นครราชสีมา. วารสารวิจัย มข.
(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 20(2), 72-83
; 2563
 19. กฤษณะ อุ่นทะโคตร , ประจักษ์ บัว
ผัน และสุรัชย์ พิมหา. ปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จและสุนทรียทักษะผู้นำ
ที่มีผลต่อการประเมินโครงการของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(2), 7-
18 ; 2562
 20. กรรณิการ์ เบญจวนิช และชญญา
อภิบาลกุล. สุนทรียทักษะผู้นำที่มี
ผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับการ
ดำเนินงานตามโครงการของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์.

วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(4) , 569–
588 ; 2560.

21. มณีรัตน์ ช่างไม้ และชนะพล ศรีฤา
ชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและ
สุนทรียทัศนัผู้นำที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐาน
ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด
ขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
11(4), 65-72 ; 2561.

ความรอบรู้เพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ธนปณันท์ อัครวีรวัฒน์¹, ทศพร ชูศักดิ์², พรรณี ปัญชรหัตถกิจ³, สุทิน ชนະบุญ⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรอบรู้เพศวิถีศึกษาของนักเรียน 2) ระดับทักษะชีวิตของนักเรียน และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 392 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน 2566 ด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรอบรู้เพศวิถีศึกษา 3) ทักษะชีวิต 4) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น ส่วนที่ 2)=0.95 3)=0.96 4)=0.96 และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.80-1.00 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้เพศวิถีศึกษาของนักเรียนภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=2.80\pm0.41$) ระดับทักษะชีวิตของนักเรียนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.53\pm0.57$) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ การพักอาศัย ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการเข้าถึง ด้านการตัดสินใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการบอกต่อ ทักษะชีวิตด้านการเข้าใจผู้อื่น ด้านการจัดการกับความเครียด โรงเรียนและหน่วยงานด้านการสาธารณสุข ควรเร่งส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และการพัฒนาทักษะชีวิต ตั้งแต่เด็กก่อนเข้าสู่วัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และมีทักษะชีวิต ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถจัดการรับมือกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้เพศวิถีศึกษา, ทักษะชีวิต, พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ²ผู้ช่วยศาสตราจารย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

³รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

จังหวัดปทุมธานี ⁴วิทยากร ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Author; ธนปณันท์ อัครวีรวัฒน์, Email: tanapanan@scphtrang.ac.th

Received: June 4, 2024; Revised June 20, 2024; Accepted June 21, 2024

Literacy Comprehensive Sexuality Education (CSE) life Skill and Factors affecting sexual risk behaviors of High School Students in Prachuap Khiri Khan Province.

Thanapanan Akharawirawat¹, Thassaporn Chusak², Pannee Banchonhattakit³,

Sutin Chanaboon⁴

Abstract

This research aimed to 1) level of literacy Comprehensive Sexuality Education (CSE) of students. 2) level of life skills of students. 3) factors influencing risky sexual behaviors. of High School Students in Prachuap Khiri Khan Province. The sample was a of students 392 using multi-stage random sampling. Data were collected in September 2023 with a 4-part questionnaire: 1) general information, 2) literacy Comprehensive Sexuality Education (CSE), 3) life skills, 4) sexual risk behavior. And a reliability of Section 2=0.95, Section 3=0.96, Section 4=0.96. With a concordance index between 0.80-1.00. Statistics used include frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple logistic regression analysis. The results of the study students had a moderate overall level of Comprehensive Sexuality Education ($\bar{X}=2.80\pm0.41$) and life skills ($\bar{X}=3.53\pm0.57$). Factors significantly affecting sexual risk behaviors (p-value <0.05) in the final model were: accommodation, sufficiency of expenses, Comprehensive Sexuality Education in access, decision, self management, communication, and life skills in Empathy and Coping with stress. Schools and Public Health Agencies Should accelerate the promotion of learning about CSE. Development of life skills From childhood to adolescence. To make teenagers well-versed in CSE and have life skills that will affect correct and appropriate sexual behavior and be able to effectively deal with the problem of pregnancy in school age.

Key word: literacy Comprehensive Sexuality Education, life Skill, sexual risk behaviors

¹Student Doctor of Public Health (Health System Management), Faculty of Public health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province, Thailand ²Asst. Prof. Faculty of Public health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province, Thailand ³Assoc. Prof. Faculty of Public health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province, Thailand ⁴Instructor Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, PraBoromrajchanok Institute.

บทนำ (Introduction)

การตั้งครมในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นเรื่องที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญเป็นปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งผลต่อสุขภาพจิต สุขภาพกาย เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของแม่วัยรุ่น หญิงตั้งครมวัยรุ่นมีโอกาสเสียชีวิตระหว่างตั้งครม หรือขณะคลอด มีอัตราการตายของทารกในหญิงตั้งครมวัยรุ่นมากที่สุดกว่าช่วงวัยอื่น¹ และจากรายงานสถานการณ์การตั้งครมในวัยรุ่นทั่วโลก ขององค์การอนามัยโลก ในปี 2563 พบการตั้งครมในวัยรุ่น ช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวน 12 ล้านคน และมีรายงานข้อมูลแนวโน้มลดลงจาก 64.5 คนต่อผู้หญิง 1,000 คนในปี 2563 เป็น 42.5 คนต่อผู้หญิง 1,000 คนในปี 2564 แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากันในภูมิภาคต่างๆ ของโลก โดยมีอัตราการลดลงอย่างมากในเอเชียใต้ และลดลงค่อนข้างน้อยในภูมิภาคลาตินอเมริกา แคริบเบียน และภูมิภาคย่อยของทะเลทรายซาฮาราแอฟริกา ถึงแม้ว่าการลดลงจะเกิดขึ้นในทุกภูมิภาค แต่จำนวนและอัตราการคลอดก็ยังอยู่อัตราที่สูง โดยพบมากที่สุดสำหรับเด็กอายุ 15-19 ปี² โดยที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในเป้าหมายที่ 3 การพัฒนาที่ยั่งยืนที่นานาชาติต้องดำเนินการให้บรรลุผลได้ภายในปี พ.ศ. 2573 ได้กำหนดให้ลดอัตราการคลอดใน

วัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี ลดลงเพื่อสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย³

สำหรับประเทศไทยนั้น ปี 2561-2565 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี คือ 1.3, 1.2, 1.1 และ 0.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ตามลำดับ และมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี คือ 39.6, 35.0, 31.3 และ 28.7 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ⁴ การป้องกันการตั้งครมในวัยรุ่น และการให้ความช่วยเหลือแก่วัยรุ่นที่คลอดบุตร และครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการสร้างความเข้มแข็งให้กับคุณภาพของประชากรที่เกิดขึ้นใหม่ อีกทั้งเป็นการวางรากฐานที่สำคัญให้กับเด็กและวัยรุ่น ที่จะเข้าสู่แรงงานในอนาคตได้อย่างมีคุณภาพ เพื่อรองรับกับโครงสร้างทางประชากรในประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งตรงกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่กล่าวถึง การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาระบบการศึกษา ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลที่เหมาะสม การส่งเสริมบทบาทครอบครัวชุมชน และสถานประกอบกิจการในการเลี้ยงดู สร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่

มีคุณภาพ และเป็นมิตรกับวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ในยุทธศาสตร์ที่ 1 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดปัจจัยเสี่ยงการเจ็บป่วยลดอัตราการคลอดมีชีพ และลดร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ประกอบกับประเทศไทย ได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2559 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นมา ซึ่งพระราชบัญญัตินี้กำหนดให้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีอำนาจหน้าที่ในการเสนอ นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต่อคณะรัฐมนตรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 มีวิสัยทัศน์ คือ วัยรุ่นมีความรู้ ด้านเพศศึกษา มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร เป็นส่วนตัว รักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค¹

การเสริมสร้างความรู้ เพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา พบว่ามีการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต ทั้งในรูปแบบ

ของการบรรจุเป็นสาระการเรียนรู้สำคัญในวิชาอื่น และการจัดวิชาแยก หรือทั้งสองรูปแบบ แม้ว่าหัวข้อที่สอนจะหลากหลาย แต่พบว่าสถานศึกษาหลายแห่ง เน้นสอนเรื่องเพศวิถีจากมุมมองผลกระทบด้านลบของเพศสัมพันธ์มากกว่าการพูดถึงมุมมองด้านบวก และขาดการคิดวิเคราะห์ เชิงทัศนคติเกี่ยวกับเพศวิถี จึงทำให้วัยรุ่นขาดความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ที่ไม่สามารถสื่อสารต่อเรื่องที่เป็นต่อชีวิตทางเพศของตน⁵ นอกจากนี้เรื่องเพศศึกษาแล้ว ทักษะชีวิตก็มีส่วนสำคัญ เพราะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ และเป็นการพัฒนาขึ้นพื้นฐานเป็นทักษะที่มีความเหมาะสมกับนักเรียน และวัยรุ่น ซึ่งนอกจากจะช่วยในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแล้ว ยังใช้เป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ของวัยรุ่นและเยาวชนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต⁶

การมีทักษะชีวิตที่ดีทำให้วัยรุ่นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และรับมือกับปัญหาและความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ การพบแรงกดดัน และแรงกระทบภายนอกจากเพื่อน ครอบครัว ชนบทประเพณี และวัฒนธรรม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ คนที่สามารถปรับตัวให้ดำรงอยู่ได้ในสังคมอย่างปกติสุข และไม่กลายเป็นคนเจ้าปัญหาสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้ได้อย่างสมดุล โดยอาศัยทักษะชีวิตในการดำรงชีวิต⁷ การพัฒนาทักษะชีวิตมีความสำคัญในการ

ช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจตามมาได้ และทำให้วัยรุ่นสามารถก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่ได้อย่างสมบูรณ์แบบ และต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเมื่อวัยรุ่นมีทักษะชีวิตในระดับที่เพียงพอหรือมีความเข้าใจอย่างถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

จากประเด็นความเป็นมาและความสำคัญที่กล่าวมา ข้างต้น ปัญหาการตั้งครมในวัยรุ่น ยังคงมีความสำคัญ ที่ทุกฝ่ายต้องช่วยกันดำเนินการแก้ไข ปัญหา ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การวางแผนกำหนดแนวทาง นโยบายการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการเกิดอย่างมีคุณภาพของประชากรไทย และความรู้เพศวิถีศึกษา

แนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล

ความรู้เพศวิถีศึกษา

- การเข้าถึง
- ความเข้าใจ
- การตอบโต้ชักถาม แลกเปลี่ยน
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- การบอกต่อ

ทักษะชีวิต

- ทักษะการตัดสินใจ
- ทักษะการแก้ปัญหา
- ทักษะการคิดสร้างสรรค์
- ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
- ทักษะการตระหนักรู้ในตน
- ทักษะการเข้าใจผู้อื่น
- ทักษะการจัดการกับอารมณ์
- ทักษะการจัดการกับความเครียด

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

การพัฒนาทักษะชีวิต ของวัยรุ่น เป็นสิ่งสำคัญที่วัยรุ่น ต้อง มีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต ในระดับที่เพียงพอ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาระดับทักษะชีวิต ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาประจำนครราชสีมา จำนวน 17,741 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนชาย หญิง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น (Confidence Level) 95% และระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง ที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ 1. เป็นนักเรียน อายุ 13-19 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วน 2. สื่อสารภาษาไทย และสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์ในการคัดตัวอย่าง ออกจากการวิจัย ดังนี้ 1. นักเรียนที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่ไม่สามารถสื่อสารได้ 2. ไม่มาเรียนเจ็บป่วย ย้ายโรงเรียน หรือ ลาออก ในวันที่เก็บข้อมูล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1. สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random sampling) ด้วยวิธีการหยิบฉลากแบบไม่ใส่คืน จากโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด จำนวน

18 โรงเรียน หยิบฉลากมาอำเภอละ 1 โรงเรียน จำนวน 8 อำเภอ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดประจำนครราชสีมา 2. สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ตามสัดส่วน 3. ทำการหยิบฉลากห้องเรียน แบบไม่ใส่คืน ในระดับชั้นเรียน ให้ได้มา จำนวน 1 ห้องเรียนในแต่ละระดับชั้น จึงได้โรงเรียนละ 6 ห้องเรียน 4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในห้องเรียนแต่ละระดับชั้น โดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ตามรายชื่อนักเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา จำนวน 34 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความสามารถระดับน้อยที่สุด – 5 มีความสามารถระดับมากที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ^๑ ดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ระดับไม่ดีพอ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ระดับพอใช้ คะแนน 3.67-5.00 หมายถึง ระดับดีพอ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะชีวิต จำนวน 38 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความสามารถระดับน้อยที่สุด – 5 มีความสามารถระดับมากที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best J.¹⁰ ดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 3.67-5.00 หมายถึง ระดับสูง ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ของนักเรียน จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความสามารถระดับน้อยที่สุด – 5 มีความสามารถระดับมากที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best j.¹⁰ ดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 3.67-5.00 หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity ของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item- objective Congruence : IOC) โดยมีเกณฑ์ค่าดัชนี >0.50 ถือว่าข้อคำถามนั้นใช้ได้ พบว่า ข้อคำถาม โดยรวมค่า IOC เท่ากับ 0.80-1.00 มีค่าความเชื่อมั่น

(Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach Alpha Coefficient) โดยมีเกณฑ์ค่าดัชนีที่ยอมรับได้ >0.75 ถือว่าใช้ได้ โดยแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.95 ส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.96 ส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือราชการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากศึกษาธิการจังหวัด และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา โดยให้บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน และครูอนามัยโรงเรียน โรงเรียนละ 1 คน ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าพบครูประจำชั้นเพื่อขอเก็บข้อมูลจากนักเรียน ในห้องเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้เพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี รหัสโครงการ 0079/2566

ผลการวิจัย (Result)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.95 มีอายุระหว่าง 13-16 ปี ร้อยละ 71.43 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวนใกล้เคียงกัน โดยเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 16.84 ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม 2.50 ขึ้นไป ร้อยละ 78.60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.21 มีพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน จำนวน 2-3 คน ร้อยละ 57.91 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 42.09 สถานภาพครอบครัวพ่อแม่ อาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 49.74 อาชีพหลักบิดา หรือ ผู้ปกครองเพศชาย มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.19 อาชีพหลักมารดา หรือ ผู้ปกครองเพศหญิง มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.88 การศึกษาบิดา หรือ ผู้ปกครองเพศชาย จบประถมศึกษา ร้อยละ

26.28 การศึกษามารดา หรือ ผู้ปกครองเพศหญิง จบ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 25.51 ได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับในแต่ละวัน 50-100 บาท ร้อยละ 76.53 และ ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ได้รับ เพียงพอ และเหลือเก็บ ร้อยละ 59.95

ระดับความรอบรู้เพศวิถีศึกษาของนักเรียน ภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=2.80\pm0.41$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ด้านการตอบโต้ชักถามแลกเปลี่ยน อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=3.05\pm0.66$) ด้านการเข้าถึง อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=2.96\pm0.66$) และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=2.88\pm0.37$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้เพศวิถีศึกษา ของนักเรียน (n=392)

ความรอบรู้เพศวิถีศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การเข้าถึง	2.96	0.52	พอใช้
2. ความเข้าใจ	2.85	0.36	พอใช้
3. การตอบโต้ชักถามแลกเปลี่ยน	3.05	0.66	พอใช้
4. การตัดสินใจ	2.74	0.42	พอใช้
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	2.88	0.37	พอใช้
6. การบอกต่อ	2.80	0.43	พอใช้
รวม	2.80	0.41	พอใช้

หมายเหตุ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ระดับไม่ดีพอ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ระดับพอใช้
คะแนน 3.67-5.00 หมายถึง ระดับดีพอ

ระดับทักษะชีวิต ของนักเรียน

ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.53\pm0.57$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ด้านทักษะ

ตารางที่ 2 ระดับทักษะชีวิต ของนักเรียน (n=392)

ทักษะชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ทักษะการตัดสินใจ	3.61	0.66	ปานกลาง
2. ทักษะการแก้ปัญหา	3.59	0.67	ปานกลาง
3. ทักษะการคิดสร้างสรรค์	3.58	0.66	ปานกลาง
4. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	3.60	0.67	ปานกลาง
5. ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	3.45	0.69	ปานกลาง
6. ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	3.54	0.66	ปานกลาง
7. ทักษะการตระหนักรู้ในตน	3.53	0.67	ปานกลาง
8. ทักษะการเข้าใจผู้อื่น	3.58	0.65	ปานกลาง
9. ทักษะการจัดการกับอารมณ์	3.36	0.47	ปานกลาง
10. ทักษะการจัดการกับความเครียด	3.45	0.56	ปานกลาง
รวม	3.53	0.57	ปานกลาง

หมายเหตุ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนน 3.67-5.00 หมายถึง ระดับสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียน ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในโมเดลสุดท้าย ได้แก่ 1. การพักอาศัย โดยเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า นักเรียนที่พักอาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงเป็น 3.05 เท่า

การตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.61\pm0.66$) ด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ($\bar{X}=3.60\pm0.57$) ด้านทักษะการแก้ปัญหา ($\bar{x}=3.59\pm0.67$) ดังตารางที่ 2

ของนักเรียนที่พักอาศัยอยู่กับพ่อ และแม่ (Adjusted OR =3.05, 95%CI: 1.43 to 6.48, $p\text{-value} .004$) 2. ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย โดยเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า นักเรียนที่ได้รับค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงเป็น 7.50 เท่า ของนักเรียนที่ได้รับค่าใช้จ่ายเพียงพอ (Adjusted OR =7.50, 95%CI: 2.26 to 24.08, $p\text{-value} .001$) 3. ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการเข้าถึง

โดยเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า นักเรียนที่ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการเข้าถึงระดับไม่ดีพอ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงเป็น 4.04 เท่า ของนักเรียนที่ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการเข้าถึงระดับพอใช้ (Adjusted OR =4.04, 95%CI: 1.80 to 9.02, p-value .001) 4. ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการตัดสินใจ โดยเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า นักเรียนที่ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการตัดสินใจระดับไม่ดีพอ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงเป็น 3.02 เท่า ของนักเรียนที่ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการตัดสินใจระดับพอใช้ (Adjusted OR =3.02, 95%CI: 1.39 to 6.53, p-value .005) 5. ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า นักเรียนที่ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับไม่ดีพอ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงเป็น 3.31 เท่า ของนักเรียนที่ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับพอใช้ (Adjusted OR =3.31, 95%CI: 1.52 to

7.22, p-value .003) 6. ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการบอกต่อ โดยเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า นักเรียนที่ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการบอกต่อระดับไม่ดีพอ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงเป็น 4.22 เท่า ของนักเรียนที่ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการบอกต่อระดับพอใช้ (Adjusted OR =4.22, 95%CI: 1.91 to 9.30, p-value <.001) 7. ทักษะชีวิตด้านการเข้าใจผู้อื่น โดยเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า นักเรียนที่ทักษะชีวิตด้านการเข้าใจผู้อื่นระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงเป็น 5.48 เท่า ของนักเรียนที่ทักษะชีวิตด้านการเข้าใจผู้อื่นระดับสูง (Adjusted OR =5.48, 95%CI: 2.22 to 13.52, p-value <.001) 8. ทักษะชีวิตด้านการจัดการกับความเครียด โดยเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า นักเรียนที่การจัดการกับความเครียดระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงเป็น 2.94 เท่า ของนักเรียนที่ทักษะชีวิตด้านการจัดการกับความเครียดระดับสูง (Adjusted OR =2.94, 95%CI: 1.01 to 9.56, p-value .040) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนวิเคราะห์แบบหลายปัจจัยโดยใช้สถิติ

Multiple Logistic Regression Adjusted OR และ 95%CI of Adjusted OR (n=392 คน)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ				COR	AOR	95% CI AOR	p value
	เสี่ยงปานกลาง		เสี่ยงสูง					
	(n= 276 คน)		(n=116 คน)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ปัจจัยส่วนบุคคล								
1. การพักอาศัย								
พ่อกับแม่	127	77.00	38	23.00	1			
พ่อ หรือแม่ หรือญาติ	149	65.60	78	34.40	3.78	3.05	1.43 to 6.48	.004
2. ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย								
เพียงพอ	269	74.50	92	25.5	1			
ไม่เพียงพอ	7	22.6	24	77.40	10.02	7.50	2.26 to24.08	.001
ความรู้รอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา								
1. การเข้าถึง								
ไม่ดีพอ	20	24.40	62	75.60	14.69	4.04	1.80 to 9.02	.001
พอใช้	256	82.60	54	17.40	1			
2. การตัดสินใจ								
ไม่ดีพอ	25	52.10	23	47.90	2.48	3.02	1.39 to 6.53	.005
พอใช้	251	73.00	93	27.00	1			
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม								
ไม่ดีพอ	15	51.70	14	48.30	2.38	3.31	1.52 to 7.22	.003
พอใช้	261	71.90	102	28.10	1			
4. การบอกต่อ								
ไม่ดีพอ	31	29.00	76	71.00	15.01	4.22	1.91 to 9.30	<.001
พอใช้	245	86.00	40	14.00	1			

ทักษะชีวิต								
1. การเข้าใจผู้อื่น								
ต่ำ	19	20.40	74	79.60	31.86	5.48	2.22	<.001
							to13.52	
ปานกลาง	77	79.40	20	20.60	1.44	.97	.39 to 2.39	.948
สูง	180	89.10	22	10.90	1			
2. การจัดการกับความเครียด								
ต่ำ	27	30.00	63	70.00	17.18	2.94	1.01 to	.040
							9.56	
ปานกลาง	168	80.00	42	20.00	1.84	1.15	.40 to 3.25	.791
สูง	81	88.00	11	12.00	1			

อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรอบรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ระดับทักษะชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการศึกษาความรอบรู้เพศวิถีศึกษาคั้งนี้สนใจศึกษาใน 6 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹¹ และหลักการ V-Shape ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นตามบริบทสังคมไทย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ในขั้นตอนที่ 1-4 เป็นทักษะทางสติปัญญา ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ คือ การเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน และตัดสินใจ ส่วน 5-6 เป็นทักษะทางสังคม คือ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ¹²

ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการสื่อสารเพื่อบอกต่อในการปฏิบัติด้านเพศวิถีศึกษาที่เหมาะสม การที่นักเรียนจะมีความรอบรู้เพศวิถีศึกษาในระดับดีพอได้ จำเป็นต้องมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และการตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือ ของข้อมูลที่ได้รับด้านเพศวิถีศึกษา ก่อนและหลังจากนั้น จึงสร้างความเข้าใจ ให้ตนเองมีความสามารถในการอธิบาย ระบุ เปรียบเทียบ แปลความหมาย วิเคราะห์พิจารณา ข้อมูลด้านเพศวิถีศึกษา ก่อนที่จะนำข้อมูลเหล่านั้น ไปใช้ในการการตอบโต้คำถามแลกเปลี่ยน และใช้เป็นทางเลือกในการตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากนักเรียนสามารถกระทำได้ตามขั้นตอน หรือเรียนรู้ได้ ทุกกระบวนการแล้วนั้น นักเรียนก็จะสามารถบอกต่อ เรื่องราวด้านเพศวิถีศึกษา ด้วยการสื่อสาร พูด เขียน ให้คำแนะนำ หรือบอก

ประสบการณ์จากการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมตนเอง ผู้ผู้อื่นได้ เมื่อพิจารณาทางด้านของความความรอบรู้เพศวิถีศึกษาก็พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ จึงกล่าวได้ว่าการสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาจำเป็นต้องได้รับการให้ความรู้ ผูกทักษะ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จำเป็นต้องกระทำอย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นตอน ระดับความรอบรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาของนักเรียนจึงจะอยู่ในระดับดีพอได้¹³ ทักษะชีวิต ในภาพรวม และรายด้าน ทุกด้านก็จัดอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยเช่นกัน ซึ่งกล่าวได้ว่าการที่นักเรียนจะมีทักษะชีวิตที่ดีได้ ก็จำเป็นต้องมีความรอบรู้เพศวิถีศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลในการฝึกฝนให้ตนเองมีความสามารถในการดำเนินชีวิต ที่มีการปรับตัวหรือแก้ไขปัญา โดยใช้ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถหลาย ๆ ด้านอย่างสร้างสรรค์ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียน และระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง นั้น นักเรียนที่ทำการศึกษาคั้งนี้อยู่ในช่วงวัยรุ่น (อายุ 13-19 ปี) ประกอบในสังคมปัจจุบันมีสื่อสังคมออนไลน์จำนวนมาก หลากหลายประเภท ที่นักเรียนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น การอ่าน หรือดู ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว คลิปโป๊ต่างๆ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ จึงเกิดการคิด อยากมีเพศสัมพันธ์ อยากรู้ อยากลอง และการเลียนแบบพฤติกรรม สิ่งเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ให้นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และ

จะส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในนักเรียนได้ การศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา¹⁴ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า นักเรียนวัยรุ่นหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ด้วยเช่นกัน ปัจจัยที่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในนักเรียนได้คือการสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต เพื่อให้ให้นักเรียนนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ การศึกษาพบว่า การพักอาศัย ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการเข้าถึง ด้านการตัดสินใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการบอกต่อ ทักษะชีวิตด้านการเข้าใจผู้อื่น ด้านการจัดการกับความเครียด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการพักอาศัย เนื่องจากการที่นักเรียนพักอาศัยกับพ่อหรือแม่ หรือ ญาติ นักเรียนจะได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ หรือการที่นักเรียนพักอยู่กับ พ่อหรือแม่ คนใดคนหนึ่งนั้นอาจจะมาจากปัญหาครอบครัว พ่อแม่หย่าร้าง หรือเสียชีวิต ทำให้นักเรียนขาดที่พึ่ง ขาดคนรับฟังปรึกษาหารือ ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย

การที่นักเรียนได้รับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอ ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้โดยที่นักเรียนมีข้อจำกัดในการซื้อหา อุปกรณ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น ยาคุมกำเนิด หรือถุงยางอนามัย ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาด้านการเข้าถึง ด้านการตัดสินใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการบอกต่อ ความรอบรู้เพศวิถีศึกษาทั้ง 4 ด้านนี้มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน เนื่องจากการที่นักเรียนไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ ก็จะส่งผลต่อการตัดสินใจเรื่องเพศที่ผิดพลาด และหากเข้าถึงไม่ได้ ส่งผลให้ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามมา การที่จะนำความรู้ หรือประสบการณ์ไปบอกต่อกีย่อมไม่เกิดขึ้นได้ เป็นวงจรต่อเนื่องกัน และทักษะชีวิตด้านการเข้าใจผู้อื่น ด้านการจัดการกับความเครียด มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนนั้น เพราะทักษะชีวิตด้านการเข้าใจผู้อื่น นักเรียนจะเข้าใจความเหมือนหรือความแตกต่าง ระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา ศาสนา ความเชื่อ เป็นต้น ช่วยให้สามารถ ยอมรับบุคคลอื่นที่ต่างจากเรา เกิดการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ด้อยกว่าหรือได้รับความเดือดร้อน จัดการกับความเครียด และความ กดดันต่างๆ ดำรงชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง และทักษะชีวิตด้านการจัดการกับความเครียด นักเรียนที่มีความสามารถในการ

รับรู้ถึงสาเหตุ ของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เพื่อให้เกิดการเบี่ยงเบน พฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม จะนำไปสู่ การแก้ปัญหาและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนได้สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.9 อายุอยู่ระหว่าง 13-14 ปีร้อยละ 48.5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างและอายุ ใกล้เคียงกัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การพักอาศัย รายได้ ที่รับจากผู้ปกครอง และการศึกษา¹⁶ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จาก 6 ประเทศในเอเชียใต้ ได้แก่ บังคลาเทศ (2014), ปากีสถาน (2017–2018), เนปาล (2016), อัฟกานิสถาน (2015), มัลดีฟส์ (2016–2017) และอินเดีย (2015–2016) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย ความตั้งใจในการใช้ยาคุมกำเนิด เป็นปัจจัยที่สำคัญของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ซึ่งถือว่าปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นสิ่งที่ควรพิจารณา ใช้เป็นข้อมูลการพิจารณาการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของนักเรียน

ข้อเสนอแนะจากการผลการวิจัย

จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักเรียน อยู่ในระดับพอใช้ และทักษะชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โรงเรียนและหน่วยงานด้านการสาธารณสุขจึงควรเร่งส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และการพัฒนาทักษะชีวิต ตั้งแต่เด็กก่อนเข้าสู่วัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และมีทักษะชีวิต ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนในสังกัดอาชีวศึกษา เพื่อให้ทราบสถานการณ์และเป็นแนวทางการพัฒนานักเรียนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิชย์; 2560.
2. World Health Organization. Adolescent pregnancy. [อินเทอร์เน็ต]. 2022 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
3. องค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ, ยูเนสโก สำนักงานกรุงเทพมหานคร , สำนักเลขาธิการโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ, กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, องค์การทุนเพื่อเด็ก แห่งสหประชาชาติ, องค์การเพื่อการพัฒนาความร่วมมือภาคระหว่างเพศ และเพิ่มพลังของผู้หญิงแห่งสหประชาชาติ, และคณะ. แนวปฏิบัติสากลทางวิชาการเรื่อง เพศวิถีศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยูเนสโก; 2561.
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์; 2566
5. พิมพ์วัลย์ บุญมดคง และคณะ. รายงานผลการศึกษาวิจัยเพื่อ ทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาใน สถานศึกษาไทย. กรุงเทพมหานคร: องค์การยูนิเซฟ; 2559

6. ละมัย มั่งคง, วัชรกร เรียบร้อย, วรุตม โยธา, และภัทรพงศ์ ชูเดช. คู่มือการเรียนการสอน เรื่อง เพศศึกษาและทักษะชีวิตในนักเรียนแบบบูรณาการ. กรุงเทพมหานคร: แก้วเจ้าจอม; 2558
7. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. ทักษะชีวิต. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.); 2553
8. สุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม. การเปรียบเทียบทักษะชีวิตของนักศึกษาอาชีวศึกษาในเขตพัฒนาพิเศษ ภาคตะวันออก ระหว่างเพศและรูปแบบการเรียนรู้. วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา. 2562; 17(1):191-203.
9. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี. นนทบุรี: กองสุศึกษา; 2557.
10. Best, J. Research in Education Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs; 1977
11. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์; 2561.
12. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพ มุ่งสู่ประเทศไทย. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
13. จริลักษ์ณ์ รัตนพันธ์. เพศวิถีศึกษา: ผลกระทบต่อสถาบันทางสังคม. วารสารการเรียนรู้ทางไกลเชิงวัฒนธรรม ;2563: 24-31.
14. ยวดี งามสงัด, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรณภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 14: 37-51.
15. พีระดา มานพพิรุฬห์ เพชรประภัสสร เปรมบำรุง วรรณวิสา สีนามโหม่ง สุภาวดี พันธุมาศ พิศมัย นาทัน และประเสริฐ ประสมรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 54 อำเภอ เมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2563; 12: 77- 90.
16. Sarder, A., Islam, S. M. S., Talukder, A., & Ahammed, B. Prevalence of unintended pregnancy and its associated factors: Evidence from six south Asian countries. PLoS One. ;2021

การศึกษาการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว เพื่อกำหนดนโยบายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบ ประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข

ณัฐนันท์ สุตะวงศ์¹ และธมลพรรณ จินต์พงศ์²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมคู่ขนาน (parallel mixed methods) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ คนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว และใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ผลการศึกษา ประชากรต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 541,905 ราย เป็นแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามอายุมากกว่า 7 ปี ร้อยละ 92.39 ผู้ติดตามแรงงานอายุไม่เกิน 7 ปี ร้อยละ 6.43 และคนต่างด้าวร้อยละ 1.18 ประชากรต่างด้าวมีบัตรประกันสุขภาพ กระจายตามสัญชาติ เมียนมา ร้อยละ 64.31 กัมพูชา ร้อยละ 25.44 ลาว ร้อยละ 9.76 อย่างไรก็ตาม จำนวนคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และลดลงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พบว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยต่างด้าวมารับบริการทั้งหมด กรณีผู้ป่วยในจำนวน 15,463 คน คิดเป็นร้อยละ 2.85 ของคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ กรณีผู้ป่วยนอกจำนวน 7,620 คน คิดเป็นร้อยละ 1.41 ของคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ โดยสัญชาติเมียนมาเข้ารับบริการมากที่สุด ทั้งนี้ จำนวนคนต่างด้าวที่มารับบริการทั้งหมดลดลงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการใช้บริการของประชากรต่างด้าว รายการที่มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง กรณีผู้ป่วยใน มากที่สุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ 2566 คือ รายการผู้ป่วยในที่มีน้ำหนัก $RW \geq 4$ (ร้อยละ 63.59 และ 60.92 ตามลำดับ) สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกรายการที่มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงจากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวมากที่สุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ 2565 ได้แก่ รายการยาต้านไวรัสเอดส์ (ยา ARV) (ร้อยละ 67.18 และ 58.75 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว, การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์, ระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว, กระทรวงสาธารณสุข

¹นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

²นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

*Corresponding Author;ณัฐนันท์ สุตะวงศ์, Email: sutawong1974@gmail.com

Received: May 24, 2024; Revised June 16, 2024; Accepted June 20, 2024

A study on the Management of Migrant Health Insurance Scheme for policy making on the Compensation of Medical Services in Migrant Health Insurance Scheme, Ministry of Public Health

Nattanant Sutawong¹ and Thamonphan Jinpong²

ABSTRACT

This study used parallel mixed methods. The objectives of this study were to study the Compensation of Medical Services in Migrant Health Insurance Scheme, Ministry of Public Health. Results of the study illustrates that the migrants with Migrant Health Insurance Scheme in the fiscal year 2021 amounted to 541,905 people, consisting of 92.39 percent of migrant workers and dependents aged over 7 years, 6.43 percent of dependents aged under 7 years, and 1.18 percent of migrants. All migrants had health insurance cards which divided by Myanmar 64.31 percent, Cambodia 25.44 percent and Laos 9.76 percent. However, the number of registered migrants increased in fiscal year 2022 and decreased in fiscal year 2023. According to the number of migrants' patient from Migrant Health Insurance Scheme in fiscal year 2021, there were 15,463 in-patients, accounting for 2.85 percent of registered migrant with health insurance. In terms of out-patients, there were 7,620 people, accounting for 1.41 percent of registered migrant with health insurance. Most of migrants' patient were Myanmar. Nonetheless, the total number of migrants who receiving services decreased in fiscal year 2022 and increased in fiscal year 2023 which is consistent with the medical compensation for them. In case of high expenses from the Migrant Health Insurance Scheme, the highest expenses are the list with RW weight ≥ 4 (63.59 percent and 60.92 percent, respectively) of the in-patients in fiscal year 2021 and 2023. Meanwhile, the highest expenses of out-patients were the list of antiretroviral drugs (ARV drugs) (67.18 percent and 58.75 percent, respectively) in fiscal years 2021 and 2022.

Key word: Management of Migrant Health Insurance Scheme; the Compensation of Medical Services; Migrant Health Insurance Scheme, Ministry of Public Health

¹Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level Division of Inspection, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

²Public Health Technical Officer, Practitioner Level Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก¹ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และค่อนข้างสูง ทำให้มีความต้องการจ้างแรงงานและค่าแรงสูงเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับประเทศไทยมีนโยบายการให้บริการสุขภาพครอบคลุมทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยโดยไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตาม และบุตรที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม มีการตรวจสุขภาพ คัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ สามารถลดผลกระทบด้านสุขภาพได้โดยใช้ทรัพยากรไม่สูง และสามารถให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม หรือนายจ้างรับภาระได้ ระบบประกันสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้น มีความครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพทั่วไปการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้แรงงานต่างด้าวได้เข้าถึงระบบบริการอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ² (United Nations) ที่ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าประสงค์ที่ 3.8 บรรลุการ

มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็น ที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ เพื่อเป็นหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี โดยให้โรงพยาบาลดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ซึ่งคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวต้องเป็นผู้จ่ายเงินค่าประกันสุขภาพต่อปี ในอัตราที่เทียบเท่ากับที่รัฐจ่ายให้ประชากรไทย แต่ในบางโรงพยาบาลยังพบปัญหาว่างบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอสำหรับโรงพยาบาลที่ขยายบัตรประกันสุขภาพได้น้อย และราคาบัตรประกันสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์^{3,4} ที่มีราคาบัตรประกันสุขภาพอยู่ที่ 1,600 บาทต่อคนต่อปี เมื่อเทียบกับประกันสุขภาพกองทุนอื่นที่มีการจัดสรรรายหัวมากกว่าเท่าตัวเมื่อเทียบกับบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีการเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีค่าใช้จ่ายสูงจากผู้ป่วยต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพคนต่างด้าว และแรงงานต่างด้าว เข้ารับบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16,058.96 บาทต่อราย⁵ ดังนั้นจึงเห็นว่าการศึกษาการบริหารกองทุนประกัน

สุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวเพื่อกำหนดนโยบายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการเสนอจัดทำนโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง การปรับปรุงอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับต้นทุนหน่วยบริการ ตลอดจนสามารถปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และความคุ้มค่าของบัตรประกันสุขภาพ เพื่อความมั่นคงของกองทุนประกันสุขภาพของคนต่างด้าวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมคู่ขนาน (Parallel Mixed Methods) ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการควบคู่กันประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample) ในการศึกษาจะมุ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรของปรากฏการณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเลือกใช้กรณีศึกษา (Case Study) การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย

- 1) จำนวนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

ที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ได้แก่ ประเภทคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว สัญชาติ และราคาบัตรประกันสุขภาพ 2) การเข้ารับบริการของคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ได้แก่ ประเภทผู้ป่วย การรับบริการ และอัตราการให้บริการ 3) การรักษาพยาบาลประกอบด้วย รายการค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยนอก ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและจำนวนเงินการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อคำนวณค่าสถิติต่าง ๆ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการแจกแจงหรืออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของข้อมูล (Mean) ค่าสูงสุดของข้อมูล (Maximum) ค่าต่ำสุดของข้อมูล (Minimum) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล (Standard Deviation)

ผลการวิจัย (Result)

อธิบายการศึกษาการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวเพื่อกำหนดนโยบายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกระทรวงสาธารณสุข และมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้ 1. ข้อมูลพื้นฐานของคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวจากข้อมูลการขึ้นทะเบียนในระบบ <https://fwf.moph.go.th/> ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวพบว่า ในประเทศไทยมีประชากรต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีจำนวน 541,905 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ประเภท 1 แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามอายุมากกว่า 7 ปี ร้อยละ 92.39 ประเภท 2 ผู้ติดตามแรงงานอายุไม่เกิน 7 ปี ร้อยละ 6.43 และประเภท 3 คนต่างด้าว ร้อยละ 1.18 ประชากรต่างด้าวทั้งหมดมีบัตรประกันสุขภาพ กระจายตามสัญชาติเมียนมา ร้อยละ 64.31 สัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 25.44 สัญชาติลาว ร้อยละ 9.76 อย่างไรก็ตามจำนวนคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนทั้ง 3 ประเภทเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีจำนวน 562,623 ราย และลดลงในปีงบประมาณพ.ศ. 2566 มีจำนวน 551,662 ราย

โดยร้อยละจำนวนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสุขภาพ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการดำเนินการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2563 เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว 3 สัญชาติ (กัมพูชา ลาว และเมียนมา) ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยให้คนต่างด้าวที่เดิมได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่การอนุญาตสิ้นสุดลงและยังไม่ได้เดินทางกลับออกไปนอกราชอาณาจักรสามารถอยู่ในราชอาณาจักรและทำงานได้ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565 ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2563 ที่อนุญาตให้คนต่างด้าว 3 สัญชาติ (กัมพูชา ลาว และเมียนมา) ที่การให้อยู่ในราชอาณาจักรสิ้นสุดลงแล้ว หรือกลุ่มที่หลบหนีเข้าเมือง ดำเนินการขึ้นทะเบียนกับกรมการจัดหางาน และดำเนินการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและอนุญาตทำงานถึงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว สัญชาติกัมพูชา ลาว เมียนมา และเวียดนามเพื่อรองรับการฟื้นฟูประเทศภายหลังการผ่อนคลายมาตรการป้องกันและควบคุมโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ คนต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงาน หหมดอายุวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 และประสงค์จะทำงานต่อไป สามารถจะอยู่และทำงานในราชอาณาจักรต่อไปได้ไม่เกินวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งทำให้มีคนต่างด้าว และแรงงานต่างด้าวซื้อบัตรประกันสุขภาพ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวง สาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของประชากรต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนในระบบประกันสุขภาพ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 จำแนกตามประเภทคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

ประเภท	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
	(n= 541,905 คน)	(n= 562,623 คน)	(n= 551,662 คน)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ติดตามแรงงานอายุไม่เกิน 7 ปี	34,824 (6.43)	38,141 (6.78)	41,761 (7.57)
แรงงานต่างด้าวและ	500,681	516,235	501,830
ผู้ติดตามอายุมากกว่า 7 ปี	(92.39)	(91.76)	(90.97)
คนต่างด้าว	6,400 (1.18)	8,247 (1.47)	8,071 (1.46)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของประชากรต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนในระบบประกันสุขภาพ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 จำแนกตามราคาบัตรประกันสุขภาพ จำนวนคนขึ้นทะเบียน และจำนวนบัตรที่มีการขึ้นทะเบียน

เพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ยังพบว่า ประชากรต่างด้าวมีการซื้อบัตรประกันสุขภาพตามราคาบัตรประกันสุขภาพ มากกว่า 1 บัตร โดยประชากรต่างด้าวมีการซื้อบัตรประกันสุขภาพราคา 500 บาท มากที่สุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 ดังตารางที่ 2

ราคา บัตร ประกัน สุขภาพ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	
	จำนวน	จำนวนบัตรที่	จำนวน	จำนวนบัตร		จำนวนบัตร
	คนขึ้น	มีการขึ้น	คนขึ้น	ที่มีการขึ้น	จำนวนคน	ที่มีการขึ้น
	ทะเบียน	ทะเบียน	ทะเบียน	ทะเบียน	ขึ้นทะเบียน	ทะเบียน
	(คน)	(บัตร)	(คน)	(บัตร)	(คน)	(บัตร)
365	24,063	24,235	30,120	30,552	32,641	32,851
500	76,919	116,150	106,049	140,341	93,230	140,541
730	10,829	10,874	8,111	8,148	9,204	9,252
900	308	344	88,652	91,967	69,551	70,350
1,600	16,198	16,299	281,181	281,762	167,534	168,281
2,200	6,400	6,409	8,247	8,257	8,071	8,084
3,200	408,795	409,568	44,513	44,547	184,135	184,413

2. การเข้ารับบริการของผู้ป่วยต่าง
 ด้าว ในระบบ <https://fwf.moph.go.th/>
 ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและ
 แรงงานต่างด้าว พบว่า ผู้ป่วยต่างด้าวที่มารับ
 บริการทั้งหมด ประเภทผู้ป่วยใน
 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 15,463
 คน มีการรับบริการ จำนวน 17,392 ครั้ง
 คิดเป็นอัตราการให้บริการ เท่ากับ 1: 1.12
 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 13,987
 คน มีการรับบริการ จำนวน 15,594 ครั้ง
 คิดเป็นอัตราการให้บริการ เท่ากับ 1: 1.11
 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวน
 19,960 คน มีการรับบริการ จำนวน 22,408
 ครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการ เท่ากับ
 1: 1.12 สำหรับประเภทผู้ป่วยนอก
 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 7,620 คน

มีการรับบริการ จำนวน 23,052 ครั้ง คิดเป็น
 อัตราการให้บริการ เท่ากับ 1: 3.03
 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 7,547
 คน มีการรับบริการ จำนวน 22,865 ครั้ง
 คิดเป็นอัตราการให้บริการ เท่ากับ 1: 3.03
 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวน
 8,181 คน มีการรับบริการ จำนวน 24,234
 ครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการ เท่ากับ 1:
 2.96 โดยสัญญาตีเียนมา มีการเข้ารับบริการ
 ทั้งประเภทผู้ป่วยในและประเภทผู้ป่วยนอก
 มากที่สุด 3. การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
 กรณีค่าใช้จ่ายสูง คณะกรรมการ
 กองทุนได้กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและ
 อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณี
 ค่าใช้จ่ายสูง⁶⁻¹¹ ดังนี้ 1) กรณีการบริการผู้ป่วย
 ในที่มีราคาสูง หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วย

ที่มีค่า $RW \geq 4$ ในอัตราตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่คณะกรรมการกำหนด ซึ่งคำนวณอัตราการจ่าย ในอัตรา $Adj.RW = 10,300$ บาท 2. กรณีการบริการค่าใช้จ่ายสูง เฉพาะบางรายการ ได้แก่ 2.1 รายการที่เป็น การรักษาผู้ป่วยในทั้งรายกองทุนส่วนกลาง จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการทั้งรายแม้ค่า $RW < 4$ ในอัตรา $Adj.RW = 10,300$ บาท ในการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประกอบด้วย การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองด้วยการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัด ผู้ป่วยในเด็ก 0-7 ปี ที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว และการทำหัตถการของเส้นเลือดหัวใจ ได้แก่ 1. การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 2. การรักษาโรคลิ้นหัวใจ โดยใช้บอลลูนผ่านทางผิวหนัง และ 3. การรักษาผู้ป่วยด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนหรือการแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวกรอ 2.2 รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการรักษาผู้ป่วย กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการเป็นค่า Lab/ ค่ายา/ ค่าอุปกรณ์/ ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาตามจริงแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนด โดยการเบิกค่าชดเชยดังกล่าวเป็นการเบิกส่วนเพิ่มขึ้นมา ได้แก่ 1. การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 4,000 บาท/Visit 2. การให้ยาการรักษาการติดเชื้อราในสมอง สำหรับผู้ป่วยติด

เชื้อ HIV กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท/Visit กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท/ Admission 3. การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 2,000 บาท/Visit กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท/ admission 2.3 รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคให้เรียกเก็บตามจริง กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนด 2.4 ยา ARV และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2.5 การให้วัคซีนชั้นพื้นฐาน (ในเด็ก 0-15 ปี) รายการผู้ป่วยในที่มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง จากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว มากที่สุด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2566 คือ รายการผู้ป่วยในที่มีน้ำหนัก $RW \geq 4$ (ร้อยละ 63.59 และ 60.92 ตามลำดับ) สำหรับผู้ป่วยนอก รายการที่มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง จากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวมากที่สุด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 ได้แก่ รายการยาด้านไวรัสเอดส์ (ยา ARV) (ร้อยละ 67.18 และ 58.75 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมดกับจำนวนเงินการจ่ายชดเชย

ค่าบริการทางการแพทย์ จากกองทุน เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด
ส่วนกลาง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 ดังตารางที่ 5

พบว่า มีการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขน้อยกว่า

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยใน แยกตาม
รายการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน (ร้อยละ)
กรณีการบริการผู้ป่วยในที่มี ราคาสูง (RW>=4.0)			
- ผู้ป่วยในที่มีน้ำหนัก RW >=4	172,221,465.91 (63.59)	164,620,579.43 (63.19)	219,461,700.68 (60.92)
รวม	172,221,465.91 (63.59)	164,620,579.43 (63.19)	219,461,700.68 (60.92)
กรณีการบริการค่าใช้จ่ายสูง เฉพาะบางโรค(RW<4.0)			
- การให้เคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	9,297,796.61 (3.43)	9,355,415.84 (3.59)	10,928,644.02 (3.03)
- การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ด้วยการผ่าตัดสมอง	321,656.64 (0.12)	80,399.74 (0.03)	195,504.30 (0.05)
- การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ	- (0.00)	42,845.94 (0.02)	98,160.03 (0.03)
- การรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยการ ขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่ บอลลูน(Balloon)/การแก้ไขการอุดตัน ของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวใจกรอ	38,562.17 (0.01)	66,512.25 (0.03)	63,517.01 (0.02)
- ค่ายาในการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วย ด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ รา	162,823.43 (0.06)	90,028.18 (0.04)	3,729.63 (0.01)
- ผู้ป่วยในเด็ก0-7 ปี ที่มีบัตรประกัน สุขภาพต่างด้าว	85,033,598.76 (31.40)	80,621,277.55 (30.95)	124,760,925.36 (34.63)
รวม	94,854,437.61 (35.02)	90,256,479.50 (34.65)	136,050,480.35 (37.76)

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน (ร้อยละ)
รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการรักษาผู้ป่วย			
- การให้ยารักษาการติดเชื้อราในสมอง สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV กรณีผู้ป่วยใน	53,230.00 (0.02)	15,000.00 (0.01)	10,300.00 (0.00)
- การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณี ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลา ไม่เกิน 60 วัน กรณีผู้ป่วยใน	48,000.00 (0.02)	28,000.00 (0.01)	59,000.00 (0.02)
รวม	101,230.00 (0.04)	43,000.00 (0.02)	69,300.00 (0.02)
รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค			
	3,669,628.00 (1.35)	5,569,935.98 (2.14)	4,672,867.20 (1.30)
รวม	3,669,628.00 (1.35)	5,569,935.98 (2.14)	4,672,867.20 (1.30)
รวมทั้งหมด	270,846,761.52 (100.00)	260,489,994.91 (100.00)	360,254,348.23 (100.00)

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยนอก แยกตาม
รายการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน (ร้อยละ)
รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการรักษาผู้ป่วย			
- การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็ง กรณีผู้ป่วยนอก	4,096,680.57 (18.07)	6,952,996.08 (27.71)	7,584,023.96 (30.88)
- การให้ยารักษาการติดเชื้อราในสมอง สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV กรณีผู้ป่วยนอก	3,000.00 (0.01)	35,970.00 (0.14)	18,240.00 (0.07)
- การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไต วายเฉียบพลันที่มีระยะเวลา ไม่เกิน 60 วันกรณีผู้ป่วยนอก	28,000.00 (0.12)	- (0.00)	44,000.00 (0.18)
รวม	4,127,680.57 (18.21)	6,988,966.08 (27.85)	7,646,263.96 (31.13)
	15,852.00	11,115.00	65,040.00

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน (ร้อยละ)
รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียมใน การบำบัดโรค	(0.07)	(0.04)	(0.26)
รวม	15,852.00 (0.07)	11,115.00 (0.04)	65,040.00 (0.26)
กลุ่มเคมียา ARV	15,227,577.95 (67.18)	14,742,280.30 (58.75)	12,627,817.31 (51.42)
รวม	15,227,577.95 (67.18)	14,742,280.30 (58.75)	12,627,817.31 (51.42)
กลุ่มเคมีแลป ARV	2,159,405.00 (9.53)	2,076,856.00 (8.28)	2,552,225.00 (10.39)
รวม	2,159,405.00 (9.53)	2,076,856.00 (8.28)	2,552,225.00 (10.39)
กลุ่มส่งเสริมป้องกันโรค	257,274.00 (1.13)	328,184.00 (1.31)	505,155.50 (2.06)
รวม	257,274.00 (1.13)	328,184.00 (1.31)	505,155.50 (2.06)
กลุ่มวัคซีน	879,945.50 (3.88)	947,310.50 (3.77)	1,163,156.00 (4.74)
รวม	879,945.50 (3.88)	947,310.50 (3.77)	1,163,156.00 (4.74)
รวมทั้งหมด	22,667,735.02 (100.00)	25,094,711.88 (100.00)	24,559,657.77 (100.00)

ตารางที่ 5 จำนวนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงและการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ปีงบประมาณ

พ.ศ. 2564-2566

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	
	IPD	OPD	IPD	OPD	IPD	OPD
ค่าใช้จ่าย			261,059,06	25,666,33	361,951,16	25,041,72
จ่ายที่						
เกิดขึ้น	271,231,57	23,241,68	4.25	0.18	0.63	3.88
จริง	8.80	4.15				

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	
	IPD	OPD	IPD	OPD	IPD	OPD
การ					360,254,34	24,559,65
จ่าย	270,846,76	22,665,88	260,489,99	25,094,71	8.23	7.77
ชดเชย	1.52	3.02	4.91	1.88		

รายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง จากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว เป็นการเบิกจ่ายตามระบบ DRG: Diagnostic Related Group หรือ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ บุรินทร์ เลิศไพฑูรย์ และคณะ¹² ซึ่งเป็นระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยใน (Patient Classification System) ที่มีการใช้ทรัพยากรในรักษาใกล้เคียงกัน อยู่ในกลุ่มเดียวกัน และจ่ายค่าบริการพยาบาลตอบแทน (Reimbursement) ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) ซึ่งไม่ได้จ่ายตามการให้บริการจริง (Fee for Service) ส่งผลให้ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายชดเชยน้อยกว่าค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง ส่งผลถึงภาวะขาดทุนในกลุ่มผู้ป่วยใน และสอดคล้องกับการศึกษาการจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีสิทธิประโยชน์การป้องกันและรักษาโรคเอดส์/เอดส์ สำหรับประชากรต่างด้าวในประเทศไทย ของระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ¹³ ที่พบว่า โรงพยาบาลมีภาระค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ

HIV/AIDS ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่ กรณีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจะแบกรับค่าใช้จ่ายสำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจะแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากค่ารักษาจากโรคฉวยโอกาส เนื่องจากได้รับชดเชยน้อยกว่าค่ารักษาที่เกิดขึ้นจริงที่เรียกเก็บไปและการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าว แรงงานต่างด้าว ภายหลังจากการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวินมิตราชนิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 4 จังหวัดคือ การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จากกองทุนส่วนกลาง ทำให้โรงพยาบาลที่ขายบัตรต้องรับความเสี่ยงกรณีผู้ป่วยมาใช้บริการ เกิดค่าใช้จ่ายสูงทำให้โรงพยาบาลขาดทุนจากการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงตามระบบ DRG นิมมอนต์ สายรัตน์³

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จำนวนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบว่า มีการดำเนินการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2563 เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว 3 สัญชาติ (กัมพูชา ลาว และเมียนมา) ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยให้คนต่างด้าวที่เดิมได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายแต่การอนุญาตสิ้นสุดลงและยังไม่ได้เดินทางกลับออกไปนอกราชอาณาจักรสามารถอยู่ในราชอาณาจักรและทำงานได้ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565 และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2563 ที่อนุญาตให้คนต่างด้าว 3 สัญชาติ (กัมพูชา ลาว และเมียนมา) ที่การให้อยู่ในราชอาณาจักรสิ้นสุดลงแล้ว หรือกลุ่มที่หลบหนีเข้าเมือง ดำเนินการขึ้นทะเบียนกับกรมการจัดหางาน และดำเนินการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและอนุญาตทำงานถึงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว 3 สัญชาติ กัมพูชา ลาว เมียนมา และเวียดนาม เพื่อรองรับการฟื้นฟูประเทศภายหลังการผ่อนคลายมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลุ่มเป้าหมายคือคนต่างด้าวที่ใบอนุญาตทำงานหมดอายุวันที่

13 กุมภาพันธ์ 2566 และประสงค์จะทำงานต่อไป สามารถจะอยู่และทำงานในราชอาณาจักรต่อไปได้ไม่เกินวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งทำให้มีคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขอบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

การเข้ารับบริการของผู้ป่วยต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยต่างด้าวเข้ารับบริการมากที่สุด โดยแบ่งเป็นกรณีผู้ป่วยใน จำนวน 19,960 คน คิดเป็นร้อยละ 3.62 ของคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ กรณีผู้ป่วยนอก จำนวน 8,181 คน คิดเป็นร้อยละ 1.48 ของคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ โดยสถิติเมียนมามีการเข้ารับบริการมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนบัตรประกันสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2565 และอัตราการใช้บริการของประชากรต่างด้าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน

ผลการวิเคราะห์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงจากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2566 รายการผู้ป่วยในที่มี

การขอเบิกจ่ายมากที่สุด คือ รายการผู้ป่วยในที่มีน้ำหนัก $RW > 4$ (ร้อยละ 63.59 และ 60.92 ตามลำดับ) สำหรับผู้ป่วยนอก รายการที่มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง จากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว มากที่สุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ 2565 ได้แก่ รายการยาต้านไวรัสเอดส์ (ยา ARV) (ร้อยละ 67.18 และ 58.75 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมดกับจำนวนเงินการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จากกองทุนส่วนกลาง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขน้อยกว่าเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด เนื่องจากรายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง จากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว เป็นการเบิกจ่ายตามระบบ DRG: Diagnostic Related Group หรือ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมซึ่งเป็นระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยใน (Patient Classification System) ไม่ได้จ่ายตามการให้บริการจริง ทำให้ค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายชดเชยน้อยกว่าค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง จำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าบริการของผู้ป่วยต่างด้าวทั้งหมด พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีค่าใช้จ่ายต่อหัว ประเภทผู้ป่วยใน เท่ากับ 17,540.68 บาท

ประเภทผู้ป่วยนอก เท่ากับ 3,050.09 บาท ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีค่าใช้จ่ายต่อหัว ประเภทผู้ป่วยใน เท่ากับ 18,664.41 บาท ประเภทผู้ป่วยนอก เท่ากับ 3,400.87 บาท และปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีค่าใช้จ่ายต่อหัว ประเภทผู้ป่วยใน เท่ากับ 18,133.83 บาท ประเภทผู้ป่วยนอก เท่ากับ 3,060.96 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่า หากมีจำนวนการเข้ารับบริการน้อย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อหัวจะมากขึ้น ทั้งนี้ สอดคล้องกับจำนวนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในการศึกษาการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว เพื่อกำหนดนโยบายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ควรดำเนินการดังนี้ 1. กระทรวงสาธารณสุขควรเสนอรัฐบาลให้งบประมาณเพิ่มเติมแก่ผู้ให้บริการเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นกรณีที่ผู้ให้บริการไม่สามารถเก็บค่าบริการจากคนต่างด้าว 2. ควรปรับปรุงระบบข้อมูลสารสนเทศให้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเหตุการณ์ เพื่อให้สามารถนำมาใช้บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพตามบทบาทและภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข 3. เสนอให้ปรับปรุงสิทธิประโยชน์พิจารณา

เพิ่มมาตรการด้านการเงินอื่น ๆ เพื่อให้สอดคล้อง หรือเพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายใต้สิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการด้านสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง 4. ควรกำหนดนโยบายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และแนวทางการดำเนินงานการخابัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวอย่างชัดเจน และเป็นไปในทิศทางเดียวกันในสถานบริการรักษาพยาบาลทุกแห่ง เพื่อให้การบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวมีความเสถียรภาพ และกำกับควบคุมอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. ควรพิจารณาการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกำหนดไว้ให้สอดคล้อง และเป็นไปตามต้นทุนของหน่วยบริการ 2. ควรปรับปรุงการจ่ายชดเชยค่าบริการรักษากรณีการบริการผู้ป่วยในที่มีราคาสูง ($RW \geq 4.0$) เป็นการจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งมีอัตราชดเชยค่าบริการอยู่ที่ 10,300 บาท ต่อ AdjRW ให้ลดเหลือ $RW \geq 2$ และปรับอัตราจ่ายชดเชยลงให้เทียบเท่ากับกองทุนอื่น ๆ ที่จ่ายชดเชยให้โรงพยาบาล AdjRW ละ 8,350 บาท 3. ควรหารือร่วมกับกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราการจ่ายค่าบริการ

ทางการแพทย์ ให้สอดคล้องกับการค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง และเพื่อการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวได้อย่างคล่องตัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้ง

ต่อไป 1. ควรมีการวิจัยศึกษาต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ เนื่องจากรายการที่เรียกเก็บจากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว เป็นรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อปรับปรุงรายการชุดสิทธิประโยชน์ และงบประมาณสำหรับการเบิกจ่ายชดเชยให้กับโรงพยาบาลผู้ให้บริการ 2. ควรมีการวิจัยศึกษาต้นทุนค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่โรงพยาบาลได้รับ และความคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว เพื่อปรับปรุงรายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว และชุดสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและสนับสนุนบุคลากรให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคายทุกท่าน ที่ให้การรับรองงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566] . เข้า ถึง ได้ จ า ก : <https://sdgs.nesdc.go.th/>.
2. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. ข้อมูลสถิติการทํางานของ คน ต่ า ง ต้า ว [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/73/pull/subcategory/view/list-label>.
3. นิมอนงค์ สายรัตน์, วิน เดชะเคหะกิจ, ชีษณูชา สายรัตน์. การบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าว แรงงานต่างด้าว ภายหลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 4 จังหวัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 32(1): S161–S169.
4. ธนพร บุชบาวไล, ดนัย ชินคำ, ศรวณีย์ อวนศรี, มณีโชติรัตน์ สันธิ, ศุภวรรณน์ เพิ่มผลสุข. การศึกษา ทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว ของ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2563.
5. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานประกันสุขภาพของประชากรต่างด้าว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dhes.moph.go.th/?p=18638>
6. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558; 2558.
7. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562; 2562.
8. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรการตรวจสุขภาพและประกัน

- สุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563; 2563.
9. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ พ.ศ. 2564; 2564.
 10. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565; 2565.
 11. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566; 2566.
 12. บุรินทร์ เลิศไพฑูรย์, ณัฐฐา ยนต์จิตภักดี. ระบบการจัดทำรายงานเพื่อการบริหารจัดการตามกลุ่มสิทธิผู้ป่วย Patient Segmentation. เอกสารประกอบการประชุม THAILAND QUALITY CONFERENCE & The 19 th Symposium on TQM Best-Practices in Thailand; 2561.
 13. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สิรินาฏ นิภาพร, หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, สดพร จุลชู, พิกุลแก้ว ศรีนาม, วราภรณ์ ปวงกันทา, มฤตาร่า ไพยารมณ, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การจัดระบบชุดเคสค่าบริการการแพทย์ กรณีสิทธิประโยชน์การป้องกันและรักษาโรคเอชไอวี/เอดส์ สำหรับประชากรต่างด้าวในประเทศไทย. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2562.
 14. จิรวัฒน์ บุญรักษ์ (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว จังหวัดพังงา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต. 2566 10(3), 263 – 278
 15. ณัทชดา จิรทวิธรรม และชาญชัย เสี้ยวทอง. การพัฒนาการให้บริการคนต่างด้าวของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563; 5(2): 58–74.
 16. พรพรรณรัตน์ อาภรณ์พิศาล, จิตภาภีกรศิริกุล, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์.

- ปัจจัยการจัดการสาธารณสุขส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ. 2561; 11(3): 307-316.
17. พัชรีย์ ประไพพิณ, วงศ์พันธ์ ลิ้มปเสนีย์, ชวนันท์ สุนนะเศรษฐกุล. การใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2561 มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2561. น. 89-100.
18. เพ็ญประภา พรศรีเมตต์, กนกรัตน์ ไสยเลิศ. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ Diagnosis Related Groups. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559; 25(5): 865-871.
19. วรณวดี พูนพอกสิน. หลักประกันสุขภาพเพื่อการคุ้มครองแรงงานต่างด้าว: มุมมองจากต้นทุนของสังคมไทย. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. 2562; 26(1): 1-33.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียม ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน

อัครารวรรณ นาเมืองจันทร์¹, วาสนา รวยสูงเนิน², ศศิอมราช ส่องเสริมธเนศ³,
นงลักษณ์ ชัยเสนา⁴, สุภาพรณัฏ์ ดัชนีสุระ⁵, ณัฐปภัสร โคตรหลักคำ⁶, วิจิตรรา อัดชู⁷,
ชัยวัฒน์ ไชยกา⁸

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง(AAA) ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ 1) พัฒนา CNPG โดยใช้ Soukup model 2) ศึกษาผลการใช้ CNPG กลุ่มตัวอย่าง 1) พยาบาลวิชาชีพ 35 คน และ 2) ผู้ป่วย AAA ผ่าตัด EVAR 25 คน ศึกษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ช่วง 15 ก.ย. 2566 ถึง 31 พ.ค. 2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) CNPG 2) แบบประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 3) แบบประเมินความพึงพอใจการปฏิบัติ ตาม CNPG 4) แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาล และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย วิเคราะห์ ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย 1) CNPG ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยหนักใน การรับผู้ป่วย การพยาบาลระยะวิกฤตหลังผ่าตัด การพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยระยะ วิกฤต การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด 2) นวัตกรรมรับส่งข้อมูลผู้ป่วย และ EWS AAA KKH และ 3) ผลการใช้ CNPG พบว่า พยาบาลพึงพอใจต่อCNPG ระดับมากที่สุด (M=90.40, SD=11.60) ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการพยาบาลระดับมากที่สุด (M=4.60, SD=0.70) พยาบาลมีวินัยในการปฏิบัติตาม CNPG ร้อยละ 98.32 กลุ่มใช้ CNPG พบอุบัติการณ์การเตรียมรับผู้ป่วยไม่พร้อม ภาวะแทรกซ้อนการดัก จับและรายงานแพทย์ล่าช้า คะแนนความปวดมากกว่า 4 ใน 24 ชม.หลังผ่าตัด และการกลับเข้ารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชม. น้อยกว่ากลุ่มไม่ใช้ CNPG และลดต่อช่วยหายใจสำเร็จ ใน 48 ชม.แรกหลังผ่าตัด สำเร็จสูงกว่ากลุ่มไม่ใช้ CNPG ควรนำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปใช้ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง, ผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน

^{1,3,5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น ²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ^{4, 6, 7, 8} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author; Acharawun Namuangchan, Email: acharawun.sicu@gmail.com

Received: June 5, 2024; Revised June 21, 2024; Accepted June 27, 2024

The development of Clinical Nursing Practice Guideline for Endovascular Aortic Aneurysm Repair Patient

Acharawun Namuangchan¹, Wasana Ruaisungnoen², Sasiamara Songsermtaned³,
Nonglak Chaisena⁴, Supaporn Tansura⁵, Natpaphat Khotlakum⁶, Winittra Utchoo⁷,
Chaiwat Chaiyagad⁸

Abstract

This action research aimed to develop the clinical nursing practice guideline (CNPG) for abdominal aortic aneurysm (AAA) patients undergone endovascular aortic aneurysm repair (EVAR) and investigate the outcomes of the CNPG. The research was conducted in 2 phases: 1) Developing the CNPG according to the Soukup model and 2) Investigating the outcomes of the CNPG. The samples were 1) 35 registered nurses and 2) 25 AAA patients undergone EVAR. The research was conducted at Khon Kaen Hospital from 15 September 2023 to 31 May 2024. The research tools include 1) CNPG, 2) a nursing outcome assessment form, 3) a discipline in following the CNPG assessment form, 4) a nurse satisfaction assessment form and 5) a patient satisfaction assessment form. Data were analyzed by descriptive statistics. The results were as follows. 1) Four clinical nursing practices were obtained, namely preparation of the intensive care unit for receiving patients, postoperative critical care, discharge planning from the intensive care unit and nursing care for rehabilitation in postoperative period. 2) The innovation in receiving systematic patient information and EWS AAA KKH. 3) The results revealed that the nurses were satisfied with the overall CNPG at the highest level ($M=90.40$, $SD=11.60$). The patients were also satisfied with the nursing services at the highest level ($M=4.60$, $SD=0.70$). In addition, 98.32% of the nurses had discipline in following the CNPG. The risk incidence from not being prepared to receive patients, the complications caused by delay in recognizing early warning signs and reporting to doctors, pain score greater than 4 points in the first 24 hours after surgery of the group receiving the CNPG were less than those of the group not receiving the CNPG. Moreover, the extubation within the first 48 hours after surgery was more successful than the group not receiving the CNPG. In conclusion, The CNPG should be used continuously to achieve good results.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Abdominal Aortic Aneurysm, Endovascular Aortic Aneurysm Repair

^{1,3,5}Senior professional level, Khon Kaen Hospital ² Associate Professor Dr. Faculty of Nursing Khon Kaen University

^{4,6,7,8}Expert professional nurse, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm: AAA) เป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิตเนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้องแตก หากได้รับการรักษาไม่ทันจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80¹ การรักษาด้วยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (Endovascular Aortic Aneurysm Repair : EVAR) เป็นวิธีที่นิยมในปัจจุบันเนื่องจากแผลเล็ก เจ็บตัวน้อย ฟื้นตัวเร็วที่สำคัญมีความปลอดภัยสูง อัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง² อย่างไรก็ตามแม้การรักษาด้วยการทำ EVAR จะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย แต่หากเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบสูงมากต่อผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดวิธีนี้คือ การเกิดภาวะหลอดเลือดเทียมแตกหรือรั่วซึมร้อยละ 11-30³ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 14.6⁴ ภาวะติดเชื้อตรงตำแหน่งแผลขาหนีบร้อยละ 9-16 ภาวะไตทำงานบกพร่องร้อยละ 0.7-18 ภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายเฉียบพลันร้อยละ 7³ ภาวะไขสันหลังขาดเลือดร้อยละ 3-16 ภาวะลำไส้ขาดเลือดร้อยละ 1-3⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา และมีโอกาสเกิดความพิการถาวรได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ

การผ่าตัดทำ EVAR จะต้องมียุติมสหสาขาวิชาชีพเชี่ยวชาญดูแลในทุกระยะ โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

สถิติการผ่าตัดทำ EVAR โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 22 26 และ 24 รายตามลำดับ⁵ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ EVAR จำนวน 35 ฉบับ พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด ได้แก่ ภาวะไตทำงานบกพร่องร้อยละ 11.42 ภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงร้อยละ 2.86 ภาวะเลือดออกร้อยละ 5.71 เสียชีวิตในระหว่างรับการรักษาร้อยละ 8.57 จากการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำ EVAR ร่วมกันของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่วนหนึ่งจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเบาหวาน ไตวาย ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่อีกส่วนเกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่มีความล่าช้าในการประเมินและจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินหลังผ่าตัด จึงได้ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ EVAR ให้ดูแลในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตศัลยกรรมทุกราย ติดตามผลหลังปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยการสังเกตการปฏิบัติ การสัมภาษณ์พยาบาลและแพทย์ที่เกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยยังมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย ตาม

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งยังไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคและการผ่าตัด รวมทั้งไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ EVAR ที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้การพยาบาลไม่ครอบคลุมกับปัญหาที่เกิดขึ้น ตั้งแต่การประเมินแรกรับหลังผ่าตัด การเฝ้าระวัง และจัดการภาวะแทรกซ้อน การวางแผนการดูแล และปฏิบัติการพยาบาล จนนำไปสู่การเกิด อุบัติการณ์ผู้ป่วยช็อคจากการเสียเลือดและ เสียชีวิตจากการดักจับและประเมินภาวะ เลือดออกในช่องท้องหลังผ่าตัดลำไส้ 1 รายในปี 2565

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศ และต่างประเทศย้อนหลัง 10 ปี พบมีการวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่ง พองที่ได้รับการผ่าตัดทำ EVAR จำนวน 4 เรื่อง⁶⁷⁸⁹ ส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติการ พยาบาลในระยะผ่าตัด ยังไม่มีแนว ปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัดในระยะวิกฤต ที่สามารถนำมา ประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลขอนแก่นได้ ทั้งหมด เนื่องจากบริบทที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้เล็งเห็นปัญหา และต้องการพัฒนาให้พยาบาลในหอ ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม สามารถดูแลผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดทำ EVAR ให้เป็นแนวทาง

เดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการรักษา จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือด เทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสาย สวนขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของ Soukup model¹⁰ มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลให้มีความน่าเชื่อถือ ทันสมัย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

วัตถุประสงค์(Objective)

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วย วิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวด หุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน
 2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ใน ช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการ สอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้ม กราฟต์ผ่านทางสายสวน
 3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด ด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิด ขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน
- 3.1) ผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาล คือ ความพึง พอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

ทางการพยาบาล และ ความพึงพอใจของผู้ป่วย 3.2) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือ ความมีวินัยของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล 3.3) ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่ อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเตรียมรับผู้ป่วยไม่พร้อม ถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ ใน 48 ชม. แรกหลังผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดักจับและรายงานแพทย์ล่าช้า ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนนใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด การกลับเข้ารักษาใน ICU ภายใน 72 ชม.

ขอบเขตการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนพื้นที่การศึกษาคือ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1, 2 และหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 15 กันยายน 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Soukup model¹⁰ ประกอบด้วย 1) การสืบค้นปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การยกวางแผนปฏิบัติตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิปรับปรุงแก้ไข 4) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไข

วิธีดำเนินการวิจัย(Methodology)

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอน ของ Soukup model ดังนี้ 1) การสืบค้นปัญหาทางคลินิก กำหนดประเด็นปัญหาจากการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยการทบทวนเวชระเบียน AAA ที่ได้รับการทำ EVAR จำนวน 35 ฉบับ และจากการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานร่วมกับทีมสหสาขา 2) สืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สืบค้นจาก ฐานข้อมูล Cochrane 20 เรื่อง Proquest 28 เรื่อง Google scholar 291 เรื่อง Science direct 86 เรื่อง PubMed 325 เรื่อง รวม 750 เรื่อง สามารถนำมาใช้ได้จริง 33 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มอย่างเป็นระบบและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 10 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลองศึกษาติดตามไปข้างหน้าศึกษาแบบควบคุม จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดีจำนวน 9 เรื่อง งานวิจัยเชิงพรรณนา เชิงสังเกต จำนวน 6 เรื่อง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 เรื่อง มีระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพอยู่ในระดับ 1, 2, 3 และ 4¹¹ 3) การยกวางแผนปฏิบัติ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล 4 แนวปฏิบัติหลัก (แยกออกเป็น 14 แนวปฏิบัติย่อย) ได้แก่ แนวปฏิบัติที่ 1 การเตรียมความพร้อมของหอ

ผู้ป่วยหนักในการรับผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่ 2 การพยาบาลระยะวิกฤตหลังผ่าตัด (มี 9 แนวปฏิบัติย่อย) แนวปฏิบัติที่ 3 การพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต (มี 3 แนวปฏิบัติย่อย) แนวปฏิบัติที่ 4 การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ยกย่องให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ AGREE II ปรับปรุงแก้ไข 4) การทดลองใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วย AAA ที่ได้รับการทำ EVAR จำนวน 5 คน ปรับปรุงแก้ไขรวบรวมข้อมูลจุดแข็งจุดด้อย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงอย่างละเอียด พร้อมประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติจากการนำไปใช้จริง ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ โดยนำแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม 1,2 และหอผู้ป่วยวิกฤตหลังรับความรู้สึก โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 35 คน ผู้ป่วย AAA ที่ได้รับการผ่าตัดทำ EVAR จำนวน 10 คน เปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนากับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 10 คน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลและทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง 10 คน 2) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ

การพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษา 35 คน 3) กลุ่มผู้ป่วย AAA ที่ได้รับการผ่าตัดทำ EVAR ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ในระยะเวลาที่ทำการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วย AAA ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำ EVAR 2) อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วย AAA ที่กลับมารักษารื้อซ้ำ 2) ได้รับการผ่าตัดทั้งแบบ EVAR และ Opened surgery คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ประมาณการจากกลุ่มประชากร¹² จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วย AAA ที่ได้รับการผ่าตัดทำ EVAR เฉลี่ย 24 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ร้อยละ 30 ของจำนวนประชากร ได้ 8 ราย ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
 ได้แก่ แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน ซึ่งประกอบไปด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาล 4 แนวปฏิบัติหลัก คือ

1) การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยหนัก ในการรับผู้ป่วย 2) การพยาบาลระยะวิกฤต หลังผ่าตัด 3) การพยาบาลเพื่อวางแผน จำหน่ายจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และ 4) การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะวิกฤตหลัง ผ่าตัด ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาล วิกฤต(ผู้ใหญ่) 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูง จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิง เนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.7 ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence) อยู่ ระหว่าง 0.6-1.0 ประเมินคุณภาพแนว ปฏิบัติการพยาบาล AGREE II⁹ ได้เท่ากับ ร้อยละ 91.24

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1 แบบประเมิน ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นแบบเติมคำใน ช่องว่าง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การวินิจฉัยโรค ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่ง พองแตกก่อนผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด โรค ร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ และระยะวันนอน เฉลี่ยใน ICU และส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ ทางการพยาบาล ตรวจสอบดัชนีความ สอดคล้องของวัตถุประสงค์จากผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 5 ท่าน อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 2.2 แบบประเมินความมีวินัยในการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สำหรับตรวจสอบการปฏิบัติ (checklist) โดย ประเมินจากการสังเกตการปฏิบัติ และ ตรวจสอบจากการบันทึกในเวชระเบียน ประเมินการปฏิบัติแบบสองคำตอบ คือ ถ้ามี การปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่มีการปฏิบัติให้ 0 คะแนน ผ่านการตรวจสอบดัชนีความ สอดคล้องของวัตถุประสงค์จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านอยู่ระหว่าง 0.6-1.0 2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของ พยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม จำนวน 8 ข้อ มีระดับคะแนนตั้งแต่ ระดับ 1 คือ พึง พพอใจน้อยที่สุด จนถึง ระดับ 5 คือ พึงพอใจ มากที่สุด ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ 0.96 2.4 แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น เอง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ คือ ประเภทผู้ให้ข้อมูล เพศ อายุ และระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล เป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ ตรวจสอบค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ 0.96

การรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวม ข้อมูล ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ของ Kemmis & McTaggar¹³ ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) สทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุปัญหาและความต้องการ 2) ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย AAA หลังผ่าตัด EVAR 35 ฉบับในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การพยาบาล 2. ขั้นปฏิบัติ (Act) พัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่าง และได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 1 วัน 2 รุ่น 3. ขั้นสังเกต (Observe) นำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 คน และพยาบาล 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจุดแข็งจุดด้อย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงอย่างละเอียดพร้อมประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติจากการนำไปใช้จริง 4. ขั้นสะท้อนผล (Reflect) จัดประชุมร่วมทีมเพื่อนำเสนอและอภิปรายผลการวิเคราะห์ดำเนินการวางแผนปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สมบูรณ์ขึ้น และวงรอบที่ 2 วงรอบการปฏิบัติซ้ำ (Re-Plan ,Re-Act, Re-Observe, Re-Reflect) นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากร 10 คน เปรียบเทียบผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติใหม่กับข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังก่อนมีการนำแนวปฏิบัติมาใช้ 10 ฉบับ สะท้อนข้อมูลปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูล

เชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ความพึงพอใจของพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ความมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ 4) เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติฯ โดยใช้ความถี่และร้อยละ

จริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่โครงการ KEF66025 วันที่ 14 กันยายน 2566

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล วงรอบที่ 1 ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาล 4 แนวปฏิบัติหลัก (แยกออกเป็น 14 แนวปฏิบัติย่อย) ได้แก่ แนวปฏิบัติที่ 1 การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยหนักในการรับผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่ 2 การพยาบาลระยะวิกฤตหลังผ่าตัด

(มี 9 แนวปฏิบัติย่อย) แนวปฏิบัติที่ 3 การพยาบาล เพื่อวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ระยะวิกฤต (มี 3 แนวปฏิบัติย่อย) แนวปฏิบัติที่ 4 การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด จากการสะท้อนผลสัมฤทธิ์การพัฒนาในวงรอบที่ 1 จึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ CNPG ในวงรอบที่ 2 คือ นวัตกรรมการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และ EWS AAA KKH ที่ต่อยอดจากแนวปฏิบัติฯ 2. ผลลัพธ์ของการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 35 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.14 อายุเฉลี่ย 26.48 ปี ส่วนมากมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม 0-2 ปี ร้อยละ 37.14 ส่วนมากมีสมรรถนะอยู่ในระดับ Novice ร้อยละ 37.14 รองลงมาในระดับ Competent ร้อยละ 22.85 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลวิกฤต (ผู้ใหญ่) ร้อยละ 25.71 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนนำแนวปฏิบัติมาใช้เก็บข้อมูลจาก

เวชระเบียนย้อนหลัง และกลุ่มผู้ป่วยหลังนำแนวปฏิบัติมาใช้ (กลุ่มละ 10 คน) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80 และ 70) มีอายุเฉลี่ย (75.8 และ 75.1) มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองเฉลี่ย (7.5 และ 6.7 ซม.) มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตกก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 10 และ 20) ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบมีการนัดหมายล่วงหน้า (ร้อยละ 70 และ 70) มีโรคร่วม (ร้อยละ 90 และ 100) ซึ่งพบว่าเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70 และ 70) โรคหัวใจ (ร้อยละ 20 และ 30) เกร็ดเลือดต่ำ (ร้อยละ 10 และ 30) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 10 และ 20) โรคไต (ร้อยละ 10 และ 20) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 30 และ 10) เคยสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกแล้ว (ร้อยละ 20 และ 40) วันนอนเฉลี่ยใน ICU (5 และ 3 วัน)

2.1 ผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาล

2.2.1 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด ($M=90.40$, $SD=11.60$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (N=35)

ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล	ค่าเฉลี่ยร้อยละ (Mean)	SD	แปลผลระดับความ พึงพอใจ
1.ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้	87.40	13.75	มาก
2.ความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ	89.63	14.00	มาก
3.สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	88.89	14.00	มาก

4.แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความ	13.00	มากที่สุด
ครอบคลุม	90.00	
5.ช่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติได้	88.90	มาก
6.สามารถนำไปใช้ร่วมกับสหวิชาชีพได้	88.90	มาก
7.แนวปฏิบัติช่วยให้การบริการมีคุณภาพ	90.40	มากที่สุด
8.ความพึงพอใจโดยรวม	90.40	มากที่สุด

2.2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดทุกรายข้อ ข้อที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดคือ ได้รับการดูแลจากพยาบาลด้วยความห่วงใยดูแลญาติมิตร (M=4.70, SD=0.7) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล (n=55)

no	รายการ	Mean	S.D.
1	พยาบาลมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย	4.60	1.1
2	ได้รับการดูแลจากพยาบาลด้วยความห่วงใยดูแลญาติมิตร	4.70	0.7
3	ได้รับข้อมูล คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายจาก ไอซียู	4.60	0.8
4	เมื่อร้องขอรับการช่วยเหลือ ได้รับการตอบสนองความต้องการทันที	4.60	1.2
5	ได้รับการสอน ให้ความรู้ การแนะนำ ฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ	4.50	1.9
6	มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลตนเอง	4.55	1.1
ความพึงพอใจภาพรวม		4.60	1.4

2.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ได้ร้อยละ 98.32 ดังตารางที่ 3

2.2.1 ความมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลสามารถ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (N=10)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	จำนวนข้อแนวปฏิบัติย่อย	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล	
		จำนวนครั้ง	(ร้อยละ)
1. การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยหนักในการรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด	1	10	100.00
2. การพยาบาลระยะวิกฤตหลังผ่าตัด	9	84	93.30
3. การพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต	3	30	100.00
4. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด	1	10	100.00
รวม	14	134	98.32

2.3 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล พบว่า

1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเตรียมรับผู้ป่วยไม่พร้อม เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดักจับและรายงานแพทย์ล่าช้า มีคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนนใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด

และกลับเข้ารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชม สูงกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ ใน 48 ชม.แรกหลังผ่าตัด ได้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติฯ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ข้อมูล	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=10)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเตรียมรับผู้ป่วยไม่พร้อม	1	10.00	0	0
ถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ ใน 48 ชม.แรกหลังผ่าตัด	3	30.00	9	90.00
เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดักจับและรายงานแพทย์ล่าช้า	2	20.00	0	0
ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนนใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด	2	20.00	0	0
การกลับเข้ารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชม	1	10.00	0	0

อภิปรายและสรุปผลวิจัย

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนแนวปฏิบัติที่ 1 การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยหนักในการรับผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่ 2 การพยาบาลระยะวิกฤตหลังผ่าตัด (มี 9 แนวปฏิบัติย่อย) แนวปฏิบัติที่ 3 การพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤต (มี 3 แนวปฏิบัติย่อย) แนวปฏิบัติที่ 4 การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด จุดเด่นของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ นอกจากพัฒนาตามหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว ยังได้จากการปฏิบัติงานที่พบปัญหาจริง หน่วยงานและนำมาแก้ไขเพิ่มเติม ให้ความสำคัญเฉพาะเจาะจง ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจนขึ้น เช่น มีการเพิ่มวัดกรรม การรับส่งข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย มีความครบถ้วน ทั้งจากห้องผ่าตัดส่งมาที่หอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยหนักส่งต่อข้อมูลไปยังหอผู้ป่วยสามัญ สามารถเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ลดความผิดพลาดในการสื่อสารและส่งเสริมการทำงานเป็นทีมห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและประสิทธิวิธภาพมากขึ้น¹³ และพัฒนา EWS

AAA KKH เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินและเฝ้าระวังอาการก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลประเมินภาวะวิกฤตได้ครอบคลุม ได้แก่ การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต การติดตามสัญญาณชีพและการทำงานของไต การให้สารน้ำและเลือด การระงับปวด รวมถึงการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เกิดการวางแผนการพยาบาล และเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการภาวะวิกฤต จะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว¹⁴

2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2.1 ผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาล พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ภาพรวมในระดับมากที่สุด ($M=90.40$, $SD=11.60$) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับระดับมากที่สุด ($M=4.60$, $SD=0.70$) สอดคล้องกับงานวิจัยของบังอร ศรีสงครามและคณะ¹⁵ ที่ศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการในระยะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล มีการเปิดโอกาส

ให้พยาบาลผู้นำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลก่อนการนำใช้ รวมทั้งมีการสื่อสารทำความเข้าใจ และให้ความรู้ก่อนการนำใช้แนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกแนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่าย เห็นถึงความเหมาะสมความชัดเจนของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง ช่วยในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ทำให้การบริการมีคุณภาพ 2.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พยาบาลมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 98.32 เกิดจากผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้ใช้นโยบายเพื่อทำความเข้าใจ ทำให้พยาบาลให้ความสำคัญและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ได้เกือบครบถ้วน การตรวจสอบความมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์นี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกันยา เนาบุญตร^{9,16} ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สร้างจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2.3 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเตรียมรับ

ผู้ป่วยไม่พร้อม การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดักจับและรายงานแพทย์ล่าช้า คะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนนใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด การกลับเข้ารักษาซ้ำใน ICU ภายใน 72 ชม. น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ และถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จใน 48 ชม.แรกหลังผ่าตัดสำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ ทั้งนี้การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน มากกว่าก่อนที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติ ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สม่ำเสมอจากพยาบาล อีกทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับ จึงเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พินิตนันท์ หนูชัยปลอดและคณะ¹⁷ กล่าวว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้การปรับปรุงคุณภาพ ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่เพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการและสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ภูวนกุล และคณะ¹⁸ ที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพการดูแลของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านบริหาร ประกาศเป็นนโยบาย สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย AAA ที่ได้รับการผ่าตัดทำ EVAR และหัวหน้าหอผู้ป่วยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล 2) ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย AAA ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด และการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังทำ EVAR

เอกสารอ้างอิง

1. Cronenwett J.L., Johnston K.W. Rutherford's Vascular Surgery. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.
2. ศุภโชค มาศปกรณ. การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองระหว่างวิธีสวนหลอดเลือดกับวิธีผ่าตัดเปิดช่องท้องของโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ในช่วงไตรมาสแรก. *เชียงใหม่เวชสาร*. 2563;12(2):16-31.
3. กิตติญาณภรณ์ พันวิไล, อรุณช อุทัยกุล, รมลวรรณ ยอดกลกิจ และวุฒิชัย แสงประกาย. การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับ
- การผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียม ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR). *วารสารการพยาบาล*. 2563, 22(2), 58-70.
4. Kohlman-Trigoboff D, Rich K, Foley A, Fitzgerald K, Arizmendi D, Robinson C, Brown R, Treat-Jacobson D; Society for Vascular Nursing Practice and Research Committee. Society for Vascular Nursing endovascular repair of abdominal aortic aneurysm updated nursing clinical practice guideline. *J Vasc Nurs*. 2020 Jun;38(2):36-65.
5. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น. *สถิติและตัวชี้วัดประจำปีกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่นปีงบประมาณ 2563 – 2565*. โรงพยาบาลขอนแก่น; 2566.
6. De Paulis S, Arlotta G, Calabrese M, Corsi F, Taccheri T, Antoniucci ME, Martinelli L, Bevilacqua F, Tinelli G, Cavaliere F. Postoperative Intensive Care Management of Aortic Repair. *J Pers Med*. 2022 Aug 22;12(8):1351.

7. วรลดา วงศ์วัฒนฤกษ์ และคณะ.
การพัฒนารูปแบบการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ใน
ช่องท้องโป่งพอง ที่มารับการผ่าตัด
ด้วยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียม
ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทาง
หลอดเลือด. วารสารศูนย์การศึกษา
แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล
พระปกเกล้า. 2564. 38(1), 25-34.
8. Chaikof EL, Dalman RL,
Eskandari MK, Jackson BM,
Lee WA, Mansour MA,
Mastracci TM, Mell M, Murad
MH, Nguyen LL, Oderich GS,
Patel MS, Schermerhorn ML,
Starnes BW. The Society for
Vascular Surgery practice
guidelines on the care of
patients with an abdominal
aortic aneurysm. J Vasc Surg.
2018 Jan;67(1):2-77.e2.
9. Kohlman-Trigoboff D, Rich K,
Foley A, Fitzgerald K, Arizmendi
D, Robinson C, Brown R, Treat-
Jacobson D; Society for
Vascular Nursing Practice and
Research Committee. Society
for Vascular Nursing
endovascular repair of
abdominal aortic aneurysm
updated nursing clinical
practice guideline. J Vasc Nurs.
2020 Jun;38(2):36-65.
10. Soukup SM. The Center for
Advanced Nursing Practice
evidence-based practice
model: promoting the
scholarship of practice. Nurs
Clin North Am. 2000
Jun;35(2):301-9.
11. Jounna Briggs Institute. JBI
levels of evidence. [Internet]
2022 [cited 2022 Jan 18].
Available from:
<https://shorturl.asia/styXT>
12. บุญชม ศรีสะอาด . การวิจัย
เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ:
บริษัทสุวีริยาสาส์น จำกัด; 2557.
13. Kemmis S, McTaggart R.
Participatory action
research;Communicative action
and the public sphere. In N.K.
Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.),
The Sage handbook of
qualitative research; 2005;559-
603.16.

14. Charoenyuth, S.,
Sriussadaporn, S.,
Sriussadaporn, S., &
Wasinwong, W. (2021). Factors
related to the quality of patient
handover between operating
room nurses and post
anesthesia care unit nurses.
Nursing Science Journal of
Thailand. 2021;39(2):55-66.
15. บังอร ศรีสงคราม และคณะ. ผลการ
พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่
ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน.
วารสารสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดขอนแก่น. 2567; 6(1),
e267350.
16. สุกันยา เนาบุตร. ผลการใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ที่ศีรษะในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราช
อุตรดิตถ์. 2561; ฉบับพิเศษ
(สิงหาคม-ตุลาคม), 97-101.
17. พินิตนันท์ หนูชัยปลอด, วงจันทร์
เพชรพิเชฐเขียว และหทัยรัตน์ แสง
จันทร์. การพัฒนาแบบประเมินผล
แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด
จากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน. พยาบาลสาร. 2557;41:88-98.
18. เสาวลักษณ์ ภูวนกุล, นพรัตน์ เรือง
ศรี, อรพรรณ มั่นตระกูล และจารุ
ภา คงรส. การพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก
สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่
ได้รับการผ่าตัดสมอง โรงพยาบาล
พิจิตร. วารสารกรมการแพทย์.
2560; 42(6): 102-107.

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ชฎานิศ ศรีรักษา¹, นรินทร์ทิพย์ พรมภักดี², สิทธิพงษ์ ศิริประทุม³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Resuscitative) และฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนจำนวน 300 ราย ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึง มกราคม 2563 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนา โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยฉุกเฉินนำมาแจกแจงความถี่ ตามระดับความคิดเห็นและหาค่าร้อยละ รวมทั้งวิเคราะห์เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมทั้งแปรผลของความคิดเห็นวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลตัวแปรใช้ สถิติวิเคราะห์ ใช้สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Pearson's correlation) และสมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ คุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .01$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 55.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.55$, $F = 40.04$, $P < .01$) ผลการศึกษาจึงควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงประโยชน์ของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น การให้ความรู้ประชาชนทราบถึงอาการฉุกเฉินที่ต้องตลอดจนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพเพื่อผู้รับบริการสามารถเรียกใช้บริการได้รวดเร็วและปลอดภัย

คำสำคัญ : การใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน, ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมแพ

^{2,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ

*Corresponding Author; สิทธิพงษ์ศิริประทุม, Email: siriprathum46@gmail.com

Received: May 31, 2024; Revised June 21, 2024; Accepted June 29, 2024

Factor related to the use of emergency medical services system who was acute critical patients and emergency patients in Chumphae Hospital KhonKaen.

Chayanit Sriuksa¹, Narintip Prompukdee², Sittipong Siriprathum³

Abstract

This study aimed to examine the factors affecting the use of emergency medical services among critically and urgently ill patients who received services at the Accident and Emergency Room of ChumPhae Hospital, KhonKaen Province. The sample consisted of 300 critically and urgently ill patients who received services at the emergency room from October 2019 to January 2020. The content validity was tested by three experts. Data were analyzed using frequency distribution, percentage determination, mean score, standard deviation, and interpretation of opinions. The correlation of factor variables was determined using Pearson's correlation and multiple logistic regressions. The results showed that attitude, quality of emergency medical systems, and social support had a statistically significant effect on the choice of emergency medical systems service (P-value <0.01), explaining a significant 55.0% of the variance in the selection of emergency medical services ($R^2 = 0.55$, $F = 40.04$, $P < 0.01$). Based on the results of the study, it is recommended to publicize the benefits of using emergency medical services to the public. Educating people about proper emergency procedures and developing a high-quality emergency medical services system will enable recipients to call for services quickly and safely.

Keyword :Emergency medical service system, acute, Critical patients, Emergency patients

¹Registered Nurse(Senior professional Level), ChumPhae Hospital

^{2,3}Registered Nurse(professional Level), ChumPhae Hospital

*Corresponding Author; SittipongSiriprathum , Email: siriprathum46@gmail.com

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินและวิกฤต หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิตทางด้านร่างกาย (Life-threatening)¹ การเจ็บป่วยฉุกเฉินนับว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2545 หนึ่งในสี่ของการตายทั้งหมดในโลก เกิดจากโรคหัวใจหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล และครอบครัวอย่างรุนแรง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เป็นจำนวนมากในภาพรวมในประเทศไทย มีข้อมูลการใช้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ พบผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนประมาณ 12 ล้านครั้งต่อปี มีผู้เจ็บป่วยวิกฤต และเร่งด่วนประมาณ ร้อยละ 30 คาดว่ามีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์และสาธารณสุขฉุกเฉิน เพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตประมาณ ปีละ 4 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้มี ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 60,000 คน หากมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ประมาณปีละ 9,000-12,000 คน^{2,3} จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งเศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้นการให้

ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ถือว่า เป็น หัว โมง แห่งชีวิต ของ การ รักษาพยาบาล ที่จะทำให้ผู้เจ็บป่วยรอดชีวิตได้มากกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล จากการที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ถ้ามีการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ดี มีการเคลื่อนย้ายที่รวดเร็วและถูกต้องจะมีโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการลงได้ ที่ผ่านมาการช่วยเหลือผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทันการณ์และไม่เหมาะสมตามหลักวิชาการแพทย์ทำให้มีผู้เสียชีวิตและพิการมากขึ้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการและความทุกข์ทรมาน อาจเกิดจากการดูแลรักษาที่ล่าช้า วิธีการดูแลรักษาและการเคลื่อนย้ายอย่างผิดวิธี ขาดระบบการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม การพัฒนาในวางแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 จึงมีทิศทางมุ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ เพื่อให้มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วน มีบุคลากรในระบบที่ได้มาตรฐานและคุณภาพเพียงพอ มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบที่เหมาะสมและยั่งยืน มีระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายที่จำเป็นในการพัฒนาระบบมีการนำสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ บริการ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายจัดให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นขั้นตอนเริ่มต้นที่สำคัญมากในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน การนำส่งผู้ป่วยเหล่านี้มาถึงโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ หรือภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอันมาก ด้วยเหตุนี้จึงมีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นมาเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมักจะมีปัญหาติดขัดอยู่ คือ ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ห่างไกลขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ หรือแม้แต่อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นแต่เมื่อมี พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ทำให้การพัฒนามีระบบและทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยมีการจัดการทำงานเป็นเครือข่ายและเน้นการใช้อาสาสมัครทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมทักษะความรู้ ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้เข้ามาทำงานแบบจิตอาสาที่เป็นทรัพยากรที่มีอยู่เดิมในพื้นที่คือเจ้าหน้าที่กู้ชีพเครือข่ายในชุมชนที่อยู่นอกระบบให้เข้ามาสู่ในระบบที่ถูกต้องซึ่งนอกจากเป็นมากเพิ่มบุคลากรแล้วยังทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีความรวดเร็วและทันการณ์มากยิ่งขึ้น⁴

อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ได้เริ่มให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2543 ปัจจุบันมีหน่วยกู้ชีพไม่เต็มพื้นที่ทั้งหมด 15 แห่ง แบ่งเป็นเทศบาลตำบล 4 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 9 แห่ง มูลนิธิ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมแพ แต่การเรียกใช้บริการผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอชุมแพ ผ่านช่องทาง 1669 จากข้อมูลสถิติ 3 ปีย้อนหลัง มีเพียงร้อยละ 16.2⁵ ทั้งนี้ จากมาตรฐานตัวชี้วัดโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ได้กำหนดไว้ร้อยละ 18 ในการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จากสถิติผู้ป่วยฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2559, 2560, 2561 พบว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน จำนวน 2,169 9,915 8,553 รายตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มารับบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมแพ มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 คิดเป็นร้อยละ 20.00 19.069.59 ตามลำดับ จากการสอบถามข้อมูลสาเหตุไม่ใช้ผ่านระบบ 1669 พบว่าไม่ทราบเบอร์ 1669 ไม่สะดวกใช้รถยนต์ส่วนตัวรับจ้าง โทรติดยากเป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมามีการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้เบอร์ 1669 แต่ก็ยังพบว่าการเรียกใช้บริการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายประชาชนยังเข้าถึงบริการน้อย

รวมถึงตัวชี้วัดไม่ผ่านมาตรฐานที่สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Resuscitative) และฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นพื้นฐานสำคัญนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและพัฒนาระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นประชาชนผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการในห้องฉุกเฉินประเภทผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2562 ถึง มกราคม 2563 มีเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณสำหรับ สถิติวิเคราะห์ใช้สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Pearson's correlation) และสมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (Hsieh, Bloch & Larsen, 1998)⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ ระยะเวลา ยานพาหนะ เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภาวะเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน **ส่วนที่ 2** ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน 2) การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) ทศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน **ส่วนที่ 3** ข้อมูลด้าน

ปัจจัยเอื้อได้แก่ 1) คุณภาพของการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน 2) การเข้าถึงการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน **ส่วนที่ 4** ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคม **ส่วนที่ 5** พฤติกรรมการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การตรวจสอบเครื่องมือ

1) การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชาชนผู้รับบริการในห้องฉุกเฉินประเภทผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนในปีงบประมาณ 2562 ผู้ศึกษาแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) แล้วนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ 2) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลผู้ป่วย 30 ราย แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach' alpha coefficient ทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 2) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมแพ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษาดำเนินการวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วยขึ้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Resuscitative) และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษา จนครบตามจำนวนที่ต้องการ ในช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึง เดือนมกราคม 2563 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ด้วยตนเองจากเครื่องมือ แล้วนำไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ใช้สถิติพรรณนา โดยนำมา 2) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแบบสอบถาม ปัจจัยมีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ วิเคราะห์เป็นร้อยละ โดยนำมาแจกแจงความถี่ ตามระดับความคิดเห็นและหาค่าร้อยละ รวมทั้งวิเคราะห์เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมทั้งแปรผลของความคิดเห็น วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลตัวแปรใช้ สถิติวิเคราะห์ใช้สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Pearson's correlation) และสมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์

สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ HE631005 เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2563

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 300 คน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึง มกราคม 2563 มีรายละเอียด 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล(ข้อมูลทั่วไป)เพศหญิง จำนวน 109 คน (ร้อยละ 63.7) และเพศชายจำนวน 191 คน (ร้อยละ 36.3) เป็นช่วงอายุ 41-60 ปีจำนวน 135 คน (ร้อยละ 45.0) รองลงมาเป็นอายุ 21-40 ปี จำนวน 123 คน (ร้อยละ 41.0) สถานะของผู้มาใช้บริการ คู่จำนวน 231 คน (ร้อยละ 77.0) รองลงมาเป็น โสด จำนวน 50 คน (ร้อยละ 16.7) อาชีพมากที่สุดเป็นรับจ้าง จำนวน 103 คน(ร้อยละ 34.3) รองลงมาเป็น เกษตรกร จำนวน 72 คน (ร้อยละ 24.0) ระดับการศึกษา มากที่สุดเป็นระดับมัธยมศึกษา จำนวน 165 คน (ร้อยละ 55.2) รองลงมาเป็นประถมศึกษา จำนวน 89 คน (ร้อยละ 29.7) ประวัติโรคประจำตัว มากที่สุดเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 41

(ร้อยละ 47.0) รองลงมาเป็นไม่มีโรคประจำตัว/อื่นๆอุบัติเหตุต่างๆจำนวน 83 คน (ร้อยละ 27.7) รายได้ มากที่สุดเป็น 5,001-10,000 บาทจำนวน 140 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาเป็น 10,001-50,000 บาทจำนวน 85 คน (ร้อยละ 28.3) การมาโรงพยาบาลโดยรถยนต์ มากที่สุดเป็นมีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์จำนวน 214 คน (ร้อยละ 71.1) และไม่มีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์จำนวน 86 คน (ร้อยละ 28.6) ระยะทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล มากที่สุดเป็น 10-20 กิโลเมตร จำนวน 139 คน (ร้อยละ 46.3) รองลงมา เป็น 21-30 กิโลเมตร จำนวน 73 คน (ร้อยละ 24.3) การเรียกใช้บริการ มากที่สุดเป็นเคยเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 182 คน (ร้อยละ 60.7) และไม่เคยเรียกใช้บริการ จำนวน 118 คน (ร้อยละ 39.4) ทางเลือกในการเรียกใช้บริการของกระทรวงสาธารณสุข มากที่สุดเป็นไม่เคยเรียกใช้บริการจำนวน 127 คน (ร้อยละ 42.3) รองลงมา เป็นแจ้งเหตุขอรับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 126 คน (ร้อยละ 42.0)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ

ตอนที่ 2.1 ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้มารับบริการพบว่าผู้มาใช้บริการตอบแบบประเมินความรู้ส่วนมากตอบผิดจำนวน 268 คน (ร้อยละ 89.3) และตอบถูกจำนวน 32 คน (ร้อยละ 10.7) ตามลำดับความรู้ของประชาชนพบว่า

ผู้รับบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ถูกต้อง 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึงคนที่ได้รับบาดเจ็บหรือคนที่มีอาการป่วยกะทันหัน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจำนวน 297 คน (ร้อยละ 99.02) ผู้ป่วยวิกฤตหมายถึงผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยเหลือรักษาทันทีที่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจถึงแก่ชีวิตได้ จำนวน 297 คน (ร้อยละ 99.0) และ 3) หัวใจหยุดเต้นหยุดหายใจ ช็อก ชักตลอด จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน จำนวน 287 คน (ร้อยละ 95.7) ตามลำดับ และผู้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินผิด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) โรคไส้ติ่งอักเสบรักษาโดยการกินยา จำนวน 185 คน (ร้อยละ 61.7) 2) เจ็บหน้าอกมาก เหงื่อแตกตัวเย็น วูบหมดสติ ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน จำนวน 146 คน (ร้อยละ 48.7) และ 3) ภาวะหยุดหายใจกะทันหันเกิดได้ในผู้ป่วยที่มีอาการชักเกร็งเท่านั้น จำนวน 142 คน (ร้อยละ 47.3) ตามลำดับ

ตอนที่ 2.2 การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าผู้มาใช้บริการตอบตารางที่ 2 แบบประเมินความรู้ส่วนมากตอบผิด จำนวน 268 คน (ร้อยละ 89.3) และตอบถูก จำนวน 32 (ร้อยละ 10.7) ตามลำดับระดับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 1.78 คะแนน (S.D.= 0.29) โดยการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ การแจ้งเหตุที่ถูกต้องประกอบด้วยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงอาการผู้ป่วยที่พบ สถานที่เกิดเหตุที่ชัดเจน คะแนนเฉลี่ย 1.91 คะแนน (S.D.=0.37) รองลงมา ข้อมูลในการแจ้งเหตุที่ผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น เบื้องต้นผู้แจ้งเหตุต้องอยู่ในสถานที่เกิดเหตุ คะแนนเฉลี่ย 1.90 คะแนน (S.D.=0.42) และการแจ้งเหตุที่เหมาะสมจะทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง คะแนนเฉลี่ย 1.89 คะแนน (S.D.= 0.42) ตามลำดับ

ตอนที่ 2.3 ทักษะคดีของผู้มารับบริการต่อการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าทักษะคดีของผู้มารับบริการต่อการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดคือ ระดับน้อย จำนวน 154 คน (ร้อยละ 34.3) รองลงมา ระดับน้อยที่สุด จำนวน 103 (เป็นร้อยละ 34.3) ระดับปานกลาง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 13.7) และระดับมากและมากที่สุด จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.0) ตามลำดับระดับทักษะคดีของผู้มารับบริการพบว่าระดับทักษะคดีของผู้มารับบริการต่อการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมากคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (S.D.= 0.63)

โดยระดับทัศนคติของผู้มารับบริการต่อการ
บริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคะแนน
มากที่สุด 3 ข้อแรก ได้แก่ 1) การบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินเป็นการบริการที่เสมอภาค
ไม่เลือกกว่าเป็นคนรวยหรือคนจน คะแนน
เฉลี่ย 4.43 คะแนน (S.D.=0.73) รองลงมา 2)
บริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ได้รับการช่วยเหลืออย่างปลอดภัยดียิ่งขึ้น
คะแนนเฉลี่ย 4.33 คะแนน (S.D.=0.81) และ
3) ท่านยินดีแนะนำผู้อื่นให้รู้จักการใช้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน
คะแนนเฉลี่ย 4.30 คะแนน (S.D.= 0.67)
ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ทัศนคติของผู้มารับบริการต่อการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(n=300)

ข้อคำถาม	คะแนน เฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1.บริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือ อย่างปลอดภัยดียิ่งขึ้น	4.33	0.81	มาก
2.ท่านมั่นใจว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินชีวิตของท่านจะปลอดภัย เมื่อได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.13	0.89	มาก
3.หากพบผู้ป่วยฉุกเฉินท่านไม่ลังเลที่จะขอความช่วยเหลือจาก บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.25	0.80	มาก
4.ท่านเชื่อถือและศรัทธาในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจาก เป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง	4.16	0.82	มาก
5.เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินท่านจะเลือกใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินมากกว่าการบริการของเอกชน	4.24	0.75	มาก
6.การได้รับการช่วยเหลือจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลทำให้ การตายและความพิการของประชาชนลดลง	4.24	0.75	มาก
7.บุคลากรทุกระดับในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความรู้ ความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้	4.22	0.70	มาก
8.บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการบริการที่เสมอภาคไม่เลือกกว่า เป็นคนรวยหรือคนจน	4.43	0.73	มาก
9.ท่านยินดีแนะนำผู้อื่นให้รู้จักการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อ เกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน	4.30	0.67	มาก
10.ท่านมีความพึงพอใจในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.19	0.75	มาก
รวม	4.23	0.63	มาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ

ตอนที่ 3.1 คุณภาพของการ

บริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า

คุณภาพของการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด ระดับน้อย จำนวน 183 คน (ร้อยละ 61.0) รองลงมา ระดับน้อยที่สุด จำนวน 80 คน (ร้อยละ 26.7) ระดับปานกลาง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 12.7) มากที่สุด จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.0) และ มากตามลำดับระดับคุณภาพของการบริการพบว่า คุณภาพของการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.17 คะแนน (S.D.= 0.56) โดยคุณภาพของการบริการการระบบการแพทย์

ฉุกเฉินที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ข้อแรก ได้แก่ 1) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (S.D.= 0.66) รองลงมา 2) ท่านได้รับความสะดวกในการติดต่อศูนย์รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน 1669 เพื่อขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินคะแนนเฉลี่ย 4.2 คะแนน (S.D.= 0.74) และ 3) ค่าปรึกษาของเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ท่านสามารถนำไปปฏิบัติและช่วยเหลือเบื้องต้นได้จริงคะแนนเฉลี่ย 4.20 คะแนน (S.D.= 0.74) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพของการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (n=300)

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1.การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินต้องมีการซักถามที่สั้น ชัดเจนไม่เสียเวลา	4.17	0.79	มาก
2.เจ้าหน้าที่ที่รับแจ้งเหตุมีความกระตือรือร้นและใส่ใจในการที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างดีทุกครั้ง	4.15	0.74	มาก
3.หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย	4.23	0.66	มาก
4.ท่านได้รับความสะดวกในการติดต่อศูนย์รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน 1669 เพื่อขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.20	0.74	มาก
5.ค่าปรึกษาของเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ท่านสามารถนำไปปฏิบัติและช่วยเหลือเบื้องต้นได้จริง	4.20	0.74	มาก
6.เจ้าหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง	4.17	0.79	มาก
7.เครื่องมืออุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีความทันสมัย	4.16	0.69	มาก
8.บุคลากรสามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างชำนาญ	4.15	0.66	มาก
9.เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและเป็นที่ยอมรับของท่าน	4.16	0.62	มาก
10.ท่านพอใจการติดต่อกลับของเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อยืนยันการจัดส่งความช่วยเหลือไปให้ท่าน	4.13	0.74	มาก
รวม	4.17	0.56	มาก

ตอนที่ 3.2 การเข้าถึงบริการการ
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการ
 พบว่าการเข้าถึงบริการการระบบการแพทย์
 ฉุกเฉินมากที่สุด คือ ระดับน้อย จำนวน
 178 คน (ร้อยละ 59.3) รองลงมา ระดับน้อย
 ที่สุด จำนวน 102 คน (ร้อยละ 34.0) ระดับ
 ปานกลาง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 6.7) และ
 มากที่สุด มาก ตามลำดับระดับการเข้าถึง
 บริการพบว่าการเข้าถึงบริการการระบบ
 การแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมาก
 คะแนนเฉลี่ย 4.27 คะแนน (S.D.= 0.50)
 โดยคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการการระบบ
 การแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด 3 ข้อแรก ได้แก่
 1) ท่านสามารถขอรับบริการการแพทย์
 ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ได้ทุก
 จังหวัดทั่วประเทศ คะแนนเฉลี่ย 4.33 คะแนน
 (S.D.= 0.64) รองลงมา 2) การที่มีหน่วย
 บริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งอยู่ใกล้บ้านทำให้
 ท่านได้รับการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น
 คะแนนเฉลี่ย 4.32 คะแนน (S.D.= 0.59)
 และ 3) ท่านเชื่อว่าการได้รับการช่วยเหลือได้
 อย่างรวดเร็วเป็นเพราะการเดินทางไปยัง
 สถานที่เกิดเหตุได้สะดวก คะแนนเฉลี่ย 4.29
 คะแนน (S.D.= 0.61) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัย
เสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้
บริการ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในการ
 ใช้บริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาก
 ที่สุด คือระดับน้อย จำนวน 176 คน (ร้อยละ
 58.7) รองลงมา ระดับน้อยที่สุด จำนวน

76 คน (ร้อยละ 25.3) ระดับปานกลางจำนวน
 47 คน (ร้อยละ 15.7) และมาก จำนวน 1 คน
 (ร้อยละ 3) และมากที่สุด ตามลำดับระดับ
 แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าแรงสนับสนุน
 ทางสังคมในการใช้บริการการระบบ
 การแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมาก
 คะแนนเฉลี่ย 4.10 คะแนน (S.D.= 0.58)
 โดยคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมใน
 การใช้บริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาก
 ที่สุด 3 ข้อแรก ได้แก่ 1) ท่านได้รับข้อมูล
 เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจาก
 คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคะแนน
 เฉลี่ย 4.19 คะแนน (S.D.= 0.68) รองลงมา 2)
 ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการการแพทย์
 ฉุกเฉินจากคำแนะนำของพ่อแม่ พี่น้อง ญาติ
 และเพื่อน คะแนนเฉลี่ย 4.17 คะแนน (S.D.=
 0.68) และ 3) ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่อำนวยความสะดวกเมื่อท่านอาจเกิดการเจ็บป่วย
 ฉุกเฉิน คะแนนเฉลี่ย 4.16 คะแนน (S.D.=
 0.69) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 5 การเลือกใช้บริการการ
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า พฤติกรรม
 การเลือกใช้บริการการระบบการแพทย์
 ฉุกเฉินมากที่สุดคือ ระดับน้อยจำนวน
 167 คน (ร้อยละ 55.7) รองลงมา ระดับน้อย
 ที่สุดจำนวน 68 คน (ร้อยละ 22.7) ระดับ
 ปานกลางจำนวน 54 คน (ร้อยละ 19.3) และ
 ระดับมากจำนวน 7 คน (ร้อยละ 2.3)
 ตามลำดับพบว่า พฤติกรรมเลือกใช้บริการ

การระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.99 คะแนน (S.D.= 0.69) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด 3 ข้อแรก ได้แก่ 1) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นท่านจะดูแลตนเองก่อนเรียกผู้อื่นให้ช่วยเหลือท่านคะแนนเฉลี่ย 4.80คะแนน (S.D.= 0.77)

รองลงมา 2) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นท่านหรือผู้ใกล้ชิดจะไปโรงพยาบาลกันเองคะแนนเฉลี่ย 4.07คะแนน (S.D.= 0.75) และ 3) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นท่านจะติดต่อใช้บริการรถพยาบาลของโรงพยาบาล รถกู้ชีพตำบลคะแนนเฉลี่ย 4.03 คะแนน (S.D.= 0.95) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้บริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(n=300)

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากคำแนะนำของพ่อแม่ พี่น้อง ญาติและเพื่อน	4.17	0.68	มาก
2.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.19	0.68	มาก
3.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากหนังสือ หนังสือพิมพ์	4.03	0.84	มาก
4.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากวิทยุโทรทัศน์	4.00	0.85	มาก
5.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์	3.99	0.95	มาก
6.ท่านแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นหากเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน จาก พี่น้อง ญาติ เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด	4.14	0.73	มาก
7.ท่านจะช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่พบเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ก่อนเบื้องต้น	4.11	0.75	มาก
8.ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่านได้รับมีความชัดเจน เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับความต้องการของท่าน	4.15	0.68	มาก
9.ท่านมีบุคคลใกล้ชิดอำนวยความสะดวกเมื่อท่านอาจเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	4.16	0.69	มาก
10.ท่านได้รับการสนับสนุนให้เป็นอาสาสมัครหรือผู้แจ้งข่าวด้านสาธารณสุข	4.07	0.81	มาก
รวม	4.10	0.58	มาก

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน พบว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ($r = .435$, $p\text{-value} < .01$) ระดับการศึกษาสัมพันธ์ทางลบกับอายุและสถานภาพสมรส ($r = -.376$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = -.276$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) อาชีพสัมพันธ์กับอายุ ($r = .148$, $p\text{-value} < .05$) โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาชีพ ($r = -.140$, $p\text{-value} < .05$) อาชีพสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ($r = .148$, $p\text{-value} < .05$) โรคประจำตัวสัมพันธ์ทางลบกับอาชีพ ($r = -.140$, $p\text{-value} < .05$) รายได้สัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา ($r = .547$, $p\text{-value} < .01$) สัมพันธ์ทางลบกับอายุและสถานภาพสมรส ($r = -.209$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = -.130$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ) การมีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์สัมพันธ์ทางบวกกับอายุและสถานภาพสมรส ($r = .195$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = .136$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ) และสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษาและรายได้ ($r = -.272$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = -.380$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) ระยะทางสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ($r = .220$, $p\text{-value} < .01$) การเคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสัมพันธ์ทางบวกกับโรคประจำตัวและการมีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ($r = .167$, $p\text{-value}$

$< .01$ และ $r = .218$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) เรื่องที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสัมพันธ์ทางบวกกับโรคประจำตัว การการมีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์และการเคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ($r = .145$, $p\text{-value} < .05$, $r = .134$, $p\text{-value} < .05$ และ $r = .715$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) ความรู้เกี่ยวกับการป่วยสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ($r = -.238$, $p\text{-value} < .01$, $r = -.220$, $p\text{-value} < .05$ และ $r = -.202$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้สัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรู้เกี่ยวกับการป่วย ($r = .266$, $p\text{-value} < .01$, $r = .158$, $p\text{-value} < .01$, $r = .270$ $p\text{-value} < .01$ และ $r = .139$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ) และสัมพันธ์ทางลบกับอายุ โรคประจำตัว และการมีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ($r = -.124$, $p\text{-value} < .05$, $r = -.155$, $p\text{-value} < .01$, และ $r = -.296$ $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) ทศนคติสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา รายได้ และการรับรู้ ($r = .160$, $p\text{-value} < .01$, $r = .240$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = .409$ $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) และสัมพันธ์ทางลบกับโรคประจำตัว และการเคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ($r = -.238$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = -.216$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) คุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ การรับรู้ และทัศนคติ ($r = .167$, $p\text{-value} < .01$, $r = .257$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = .575$ $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ)

การเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ($r = .329$, $p\text{-value} < .01$, $r = .519$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = .659$ $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) และสัมพันธ์ทางลบกับระยะทาง ($r = -.134$, $p\text{-value} < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ คุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($r = .221$, $p\text{-value} < .01$, $r = .243$, $p\text{-value} < .01$, $r = .427$, $p\text{-value} < .01$, $r = .584$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = .520$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) และสัมพันธ์ทางลบกับเพศ ($r = -.125$, $p\text{-value} < .05$) และการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ คุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .295$, $p\text{-value} < .01$, $r = .200$, $p\text{-value} < .01$, $r = .221$, $p\text{-value} < .01$, $r = .542$, $p\text{-value} < .01$, $r = .412$, $p\text{-value} < .01$ และ $r = .677$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) และสัมพันธ์ทางลบกับเพศ รายได้ และระยะทาง ($r = -.118$, $p\text{-value} < .05$, $r = -.150$, $p\text{-value} < .01$, และ $r = -.114$ $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 10

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันมาทดสอบทางสถิติความถดถอยพหุคูณแบบ

เป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis) พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ คุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเลือกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนการเลือกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 55.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.55$, $F = 40.04$, $P < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 9

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า อาชีพที่พบมากที่สุดเป็นรับจ้าง รองลงมาเป็นเกษตรกร ค ล ำ ย ค ล ี ง กั บ ก าร ค ี ก ษ า ข อ ง ธงชัย อามาตย์บัณฑิต^{7,8} เนื่องจากส่วนใหญ่ของประชากรในพื้นที่อำเภอชุมแพมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรเป็นหลักกลุ่มที่มาใช้บริการส่วนมากมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวานที่มาด้วยอาการความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน น้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงกว่าปกติ โดยกลุ่มนี้ส่วนมากจะเป็นกลุ่มที่มีประวัติรักษาโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล การเดินทางมาโรงพยาบาลส่วนมากมาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รองลงมาเป็นเดินทางมาเองและการมาโรงพยาบาลที่ไม่เรียกใช้บริการ¹⁶⁶⁹ เพราะมีรถยนต์ส่วนตัวสะดวกในการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษา สุรภา ขุนทองแก้ว⁹

และ ทิพย์วดี วุฒิพันธ์¹⁰ อาจเกิดจากกลุ่ม ผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ไม่มีรถส่วนตัวหรือเป็นกลุ่มสูงวัยที่ไม่มีผู้ดูแล จึงเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับกลุ่มที่นำส่งโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว อาจสะดวกและใช้เวลาขนส่งน้อยกว่าการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประวัติการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้มารับบริการส่วนมากเคยเรียกใช้สอดคล้องกับการศึกษาของนคราญ ใจเพียร¹¹ แสงอาทิตย์วิชัยยา¹² และเจริญ ปรวบปรี¹³ จากประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน อาจส่งผลให้มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในครั้งถัดมาได้ในส่วนของการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าไม่แน่ใจมากที่สุด รองลงมาเป็นตอบใช่ ตอบแยกเป็นรายข้อ คลายคลึงกับการศึกษาของวิชญา จันจะนะ¹⁴ และจิตรประไพ สุรชิต¹⁵ โดยกลุ่มที่ใช่จะเป็นข้อบริการการแพทย์ฉุกเฉินลดความทุกข์ทรมาน ความพิการและการสูญเสียชีวิตของประชาชนบริการการแพทย์ฉุกเฉินเริ่มตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล และการให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดูจากข้อที่ตอบใช่แสดงถึงส่วนหนึ่งประชาชนเข้าใจแนวทางการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อำเภอชุมแพ ได้ดำเนินการระบบนี้มาตั้งแต่ปี 2542 และมีเครือข่ายกู้ชีพครอบคลุมทุกตำบล สัมพันธ์

กับข้อที่ตอบไม่ใช่น้อยสุด คือ ข้อมูลในการแจ้งเหตุที่ผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น เบื้องต้นผู้แจ้งเหตุต้องอยู่ในสถานที่เกิดเหตุและการแจ้งเหตุที่ถูกต้องประกอบด้วยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง อาการผู้ป่วยที่พบสถานที่เกิดเหตุที่ชัดเจน จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีการแจ้งเหตุและบอกสถานที่ให้ชัดเจน จึงจะมีการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็ว

ในส่วนทัศนคติที่มากที่สุดคืออยู่ในระดับน้อย รองลงมาคือระดับน้อยที่สุด ระดับปานกลาง ระดับมากและระดับมากที่สุดตามลำดับ โดยส่วนใหญ่การตอบเรียงลำดับมากไปหาน้อยทุกข้อคือ ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด และระดับปานกลาง ตามลำดับ คลายคลึงกับการศึกษาของธีระ ศิริสมุดและคณะ¹⁶ อาจเกิดจากทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับน้อย เกี่ยวข้องกับการรับรู้และประสบการณ์ในการใช้บริการและข้อที่ตอบระดับปานกลางข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินท่านจะเลือกใช้บริการการแพทย์ของเอกชน บุคลากรทุกระดับในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ และการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการที่เสมอภาคไม่เลือกกว่าเป็นคนจนหรือคนรวยด้านคุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดคือระดับน้อย รองลงมาคือระดับน้อยที่สุด

ระดับปานกลาง ระดับมากที่สุดและระดับมาก ตามลำดับโดยส่วนมากการตอบเรียงลำดับมากไปหาน้อยทุกข้อ ระดับน้อยน้อยที่สุดและปานกลาง ตามลำดับ และข้อที่ตอบระดับปานกลางข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุมีความกระตือรือร้นและใส่ใจในการที่จะช่วยเหลือดีทุกครั้ง ท่านพอใจการติดต่อกลับของเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อยืนยันการจัดส่งความช่วยเหลือไปให้ท่าน และบุคลากรสามารถใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างชำนาญ

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดคือระดับน้อย รองลงมาคือระดับน้อยที่สุด ระดับปานกลาง ระดับมากที่สุด และระดับมาก ตามลำดับโดยส่วนมากการตอบเรียงลำดับมากไปหาน้อยทุกข้อ ระดับน้อย น้อยที่สุดและปานกลาง ตามลำดับและข้อที่ตอบระดับปานกลางข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เป็นเบอร์ที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินโดยตรงในการขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประชาชนสามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ท่านสามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกจังหวัดทั่วประเทศ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดคือระดับน้อย รองลงมาคือระดับน้อยที่สุด ระดับปานกลาง ระดับมากและมากที่สุด ตามลำดับ

โดยส่วนมากการตอบเรียงลำดับมากไปหาน้อยทุกข้อคือ ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุดและระดับปานกลาง ตามลำดับ และข้อที่ตอบระดับปานกลางข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากคำแนะนำของพ่อแม่พี่น้องญาติและเพื่อน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และท่านเป็นบุคคลใกล้ชิดอำนวยความสะดวกเมื่อท่านอาจเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน พฤติกรรมการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดคือระดับน้อย รองลงมาคือระดับน้อยที่สุด ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ตามลำดับ โดยส่วนมากการตอบเรียงลำดับมากไปหาน้อยทุกข้อคือ ระดับน้อย น้อยที่สุด และปานกลาง ตามลำดับและข้อที่ตอบระดับปานกลางข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือหากท่านต้องการคำปรึกษาในการดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ท่านจะติดต่อโทรศัพท์ หมายเลข 043-312044 ถ้าท่านต้องการการช่วยเหลือเบื้องต้นจะติดต่อเบอร์ 1669 เป็นลำดับแรก และจะรอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการไปถึงทุกครั้ง โดยภาพรวมผลพบว่าระดับน้อยน้อยที่สุดและปานกลาง ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ คุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเลือกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.1$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนการเลือก

ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 55.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.55$, $F=40.04$, $P<.01$) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ธงชัย อมาตยบัณฑิต⁷ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ประสิทธิภาพการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินปัจจัยด้านทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ผลพบว่า ผู้ใช้บริการมีความเข้าใจในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นมีช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย ประชาชนมีความเชื่อมั่นในบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน บุคลากรมีความรู้และทักษะในใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่

ตารางที่ 9 แสดงสถิติความถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ($n=300$)

ปัจจัย	B	SE.	Beta	t
ค่าคงที่	.597	.320		1.863
อายุ	-.081	.057	-.056	-1.411
รายได้	-.084	.037	-.098	-2.249
ระยะทาง	-.039	.033	-.046	-1.160
ความรู้	.018	.007	.106	2.542
การรับรู้	.194	.106	.082	1.827
ทัศนคติ	-.231	.059	-.210	-3.932**
คุณภาพของEMS	.362	.075	.295	4.856**
การเข้าถึง EMS	.017	.077	.012	.223
แรงสนับสนุนทางสังคม	.627	.060	.533	10.464**

** $P<.01$, $R^2=0.554$, $SEE=0.46946$, $F=40.040$, $Sig\ of\ F=.000$,

ดีทัศนคติที่ดีของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพแต่ในด้านความรู้เกี่ยวกับอาการฉุกเฉินวิกฤตและการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนโดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มถือเป็นโอกาสพัฒนาเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสมและใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมสหสาขาในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตลอดจนผู้บริหารโรงพยาบาลที่ให้คำแนะนำข้อเสนอแนะสนับสนุน จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(Pearson's correlation)ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (n=300)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 เพศ	1																	
2 อายุ	-.086	1																
3 สถานภาพสมรส	.055	.435**	1															
4 ระดับการศึกษา	.094	-.376**	-.267**	1														
5 อาชีพ	-.029	.148	.086	.110	1													
6 โรคประจำตัว	.095	.011	-.106	-.052	-.140	1												
7 รายได้	-.075	-.209**	-.130	.547**	.036	-.033	1											
8 การมีรถ	-.004	.195**	.136	-.272**	.012	.014	-.380**	1										
9 ระยะทาง	-.058	.220**	.100	.077	.112	-.061	.045	-.064	1									
10 เคยใช้บริการEMS	.077	-.002	.076	.063	-.050	.167**	-.031	.218**	-.075	1								
11 เรื่องที่ใช้EMS	.098	.014	.073	.083	.058	.145	-.059	.134	.047	.715**	1							
12 ความรู้	-.032	-.093	-.010	-.238**	-.220**	-.068	-.202**	.039	-.051	-.061	-.077	1						
13 การรับรู้	-.071	-.124	-.091	.266**	.185**	-.155**	.270**	-.296**	-.037	-.112	-.070	.139	1					
14ทัศนคติ	-.112	-.092	-.107	.160**	.099	-.238**	.240**	-.216**	-.063	-.120	-.079	.070	.409**	1				
15 คุณภาพของEMS	-.064	.070	-.049	.012	.071	-.046	-.037	.059	-.043	.090	.107	.167**	.257**	.575**	1			
16 การเข้าถึง EMS	-.038	.046	-.050	.017	.059	.046	.066	.008	-.134	-.011	-.062	.075	.329**	.519**	.659**	1		
17 แรงสนับสนุนทางสังคม	-.125	-.050	-.030	-.023	.026	-.096	.011	.000	-.106	-.034	-.010	.221**	.243**	.427**	.584**	.520**	1	
18 การใช้EMS	-.118	-.030	-.048	-.080	.019	-.011	-.150**	.064	-.114	.106	.092	.295**	.200**	.221**	.542**	.412**	.677**	1

เอกสารอ้างอิง (References)

1. สุจิตรา ลิมอานวยลาม. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต.ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2551.
2. กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วรรณดิกล, วีระ ศิริสมุด, นายสุรเดช ดวงทิพย์, สิทธิกุล, และณัฐวุฒิ คำนวนณฤกษ์. สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2559.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www2.niems.go.th>.
4. วิทยา ขาดิปัญญาชัย, และไพศาล โชติกล่อม. สถิติผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Service) และผู้ป่วยที่มารับการรักษาด่วน ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2554 (เอกสารอัดสำเนา). ขอนแก่น: ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น; 2556.
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564 (ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564); 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www2.niems.go.th>.
6. HSIEH, F. Y. Sample size tables for logistic regression. Statistics in medicine. 1989; 8(7): 795-802.
7. ธงชัย อามาตย์บัณฑิต. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤต ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560; 26(5): 883-895.
8. ธงชัย อามาตย์บัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, บดินทร์ บุญจันทร์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560; 11(1): 37-46.

9. สุรภา ขุนทองแก้ว. การศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2562; 2(1): 30-44.
10. ทิพย์วดี วุฒิพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565; 19(3): 53-66. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2567.]. เข้าถึงได้จ าก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/259890/177843>.
11. นงคราญ ใจเพียร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2564; 22(1): 52-66.
12. แสงอาทิตย์ วิชัยยา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลต่าง. เชียงรายเวชสาร. (2561); 10(1): 93-102.
13. เจริญ ปราบปรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563; 2(2): 199-212.
14. วิชญา จันจะนะ, แสงจันทร์ เขียงทา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เครือข่ายระดับอำเภอ. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2566; 3(2): 97-108.
15. จิตรประไพ สุรชิต. การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต. 2560; 31(2): 271-278.
16. ธีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ ขจรดิลก. ความรู้ทัศนคติและเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561; 12(4): 668-680.

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) ตลอดจนองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง

- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ

- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ
ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้ที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการ อ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-323.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013;24:13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Salud publica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Internet. 2012 [Cited 10 June 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/index> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ JKKPHO (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office: JKKPHO) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำการได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/about/submissions>